



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ
ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Αξιολόγηση συστημάτων Υγείας και κατασκευή Βάσης Δεδομένων
δεικτών απόδοσης του ΓΝ Λαμίας.**

Ανεστίδης Δημήτριος

Υπεύθυνη

Όλγα Χρ. Σίσκου

Διδάσκουσα (ΠΔ 407/80)

Λαμία, Οκτώβριος 2011

**Αξιολόγηση συστημάτων Υγείας και κατασκευή Βάσης Δεδομένων
δεικτών απόδοσης του ΓΝ Λαμίας.**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ

ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Αξιολόγηση συστημάτων Υγείας και κατασκευή Βάσης Δεδομένων
δεικτών απόδοσης του ΓΝ Λαμίας.**

Ανεστίδης Δημήτριος

Υπεύθυνη

Όλγα Χρ. Σίσκου

Διδάσκουσα (ΠΔ 407/80)

Λαμία, Οκτώβριος 2011

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θεωρώ υποχρέωσή μου πριν τη παρουσίαση της παρούσης πτυχιακής εργασίας να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Όλγα Σίσκου, για την πολύτιμη καθοδήγηση, συμπαράσταση και συμβολή καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας.

Επιθυμώ ακόμη να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον καθηγητή κ. Μιχαήλ Βασιλακόπουλο για την υποστήριξη και τις πολύτιμες συμβουλές του. Ευχαριστώ επίσης την διοίκηση και το προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας για την θετική τους ανταπόκριση ίσων αφορά την πραγματοποίηση του ερευνητικού τμήματος της εργασίας μου στο χώρο του Νοσοκομείου.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένεια μου και το φιλικό μου περιβάλλον αλλά και όλους εσάς που με τη συμπαράστασή σας με στηρίζατε σε όλη τη διάρκεια της υλοποίησης της συγκεκριμένης εργασίας.

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	Error! Bookmark not defined.
ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	13
1.1 Συστήματα υγείας και αξιολόγηση.....	13
1.2 Ποιοτική αξιολόγηση.....	14
1.3 Οικονομική αξιολόγηση.	15
1.4 Η αναγκαιότητα αξιολόγησης του ελληνικού συστήματος υγείας.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	20
2.1 Βασικά κριτήρια αξιολόγησης	20
2.2 Δευτερεύοντα κριτήρια αξιολόγησης	22
2.3 Διαδικασία και στάδια αξιολόγησης.....	24
2.4 Σκοπός των δεικτών.....	24
2.5 Ποιοτικά χαρακτηριστικά των δεικτών	25
2.6 Διάκριση δεικτών	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΣ	30
3.1 Η κρίση στα συστήματα υγείας – Προβλήματα και ανάγκη αξιολόγησής τους	30
3.2 Μοντέλα και συστήματα υγείας στην Ευρώπη	31
3.3 Πίνακας κατάταξης των Ευρωπαϊκών υγειονομικών συστημάτων.....	33
3.4 Ευρωπαϊκά προγράμματα αξιολόγησης συστημάτων υγείας.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	40
4.1 Περιγραφή αντικειμένου και απώτερου στόχου της εργασίας.....	40

4.2 Περιγραφή του τρόπου επιλογής και των δεικτών που χρησιμοποιήσαμε	40
4.3 Περιγραφή του τρόπου συλλογής των πρωτογενών δεδομένων	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	55
5.1 Περιγραφή του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας.....	55
5.2 Παρουσίαση – Χωροταξική περιγραφή των τμημάτων του νοσοκομείου.....	56
5.3 Η βάση δεδομένων Microsoft Access.....	59
5.4 Περιγραφή βημάτων υλοποίησης.....	60
5.5 Εισαγωγή εξωτερικών δεδομένων.....	60
5.6 Δημιουργία ερωτημάτων	61
5.7 Κατασκευή μενού πλοήγησης	63
5.8 Κατασκευή δελτίων εισαγωγής δεδομένων.	66
5.9 Κατηγοριοποίηση και υπολογισμός δεικτών	67
5.10 Δημιουργία αναφορών και προβολή αποτελεσμάτων.	69
5.11 Παρουσίαση αποτελεσμάτων.....	71
5.12 Συμπεράσματα.....	77

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

- Π.Ο.Υ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- Π.Φ.Υ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- EHCI: Euro Health Consumer Index
- ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
- ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση
- ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
- NHS: National Health System
- ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εθνικό Εισόδημα
- EPA: European Practice Assessment
- Τ.Ε.Ι: Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
- ΚΕΕΛ: Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων
- ΕΚΕΠΥ: Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια διάφοροι παράγοντες καθιστούν όλο και πιο επιτακτική την ανάγκη αναβάθμισης της ποιότητας και της λειτουργικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας στα Δημόσια Νοσοκομεία. Για την αποδοτικότερη λειτουργία του κλάδου της Δημόσιας Υγείας αναζητούνται εργαλεία αξιολόγησης του παραγόμενου έργου όλων των υπηρεσιών του κλάδου, με έμφαση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας μέσω της αξιολόγησης του έργου του εν λόγω Νοσοκομείου και του εντοπισμού τυχόν δυσλειτουργιών του. Προκειμένου να επιτευχθεί ο παραπάνω στόχος κατασκευάστηκε μία βάση δεδομένων από εργαλεία – δείκτες, μέσω των οποίων υπολογίζονται αποτελέσματα και εξάγονται συμπεράσματα σχετικά με την αποδοτικότητα του Νοσοκομείου Λαμίας, σύμφωνα με τα εκάστοτε διαθέσιμα και προσαρμοζόμενα στους δείκτες δεδομένα. Κατά την οικεία έρευνα οι υπολογισμοί έγιναν βάσει των τελευταίων διαθέσιμων στοιχείων (έτους 2008).

Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι η μέση διάρκεια νοσηλείας κινείται σε ικανοποιητικά επίπεδα με αντίστοιχο δείκτη 4,27 ημέρες. Σε σχετικά καλά επίσης επίπεδα εμφανίζονται ο ρυθμός εισροής με μέση τιμή 79,2 και το ποσοστό κάλυψης με πληρότητα 74%, που σημαίνει ότι ουσιαστικά δεν υπάρχει πρόβλημα έλλειψης κλινών στο νοσοκομείο αλλά μάλλον καλύτερης κατανομής αυτών. Σε ό,τι αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, μέτρια εμφανίζεται η εικόνα του με δείκτη 0,97 νοσηλευτές ανά κλίνη ενώ ανεπαρκής θεωρείται ο αντίστοιχος δείκτης του ιατρικού προσωπικού με 0,5 ιατρούς ανά κλίνη.

Παρόλο που η μελέτη ανέδειξε ορισμένα προβλήματα και κάποιους τομείς που χρειάζονται βελτίωση, η γενική εικόνα του νοσοκομείου παρουσιάζεται θετική με τους περισσότερους δείκτες να κινούνται σε ικανοποιητικά επίπεδα.

ABSTRACT

Lately, several factors make it imperative to upgrade the quality and functionality of the provided health services in public hospitals. For the efficient operation of the Public Health Sector, tools are sought to evaluate the produced work in every Service of the Sector, with an emphasis on health care services.

This study aims to improve the health services provided at the General Hospital of Lamia by assessing the Hospital productivity and detecting any possible malfunctions. To achieve the above aim an Indicators Database was constructed, which, through the adaptation of the available actual Hospital data to its Indicators, commutates results and therefore leads to conclusions about the efficiency of Lamia Hospital. In this study, the results were based on the latest available data (year 2008).

Based on the results, it was established that the average duration of hospitalization moves on satisfactory levels with a corresponding indicator of 4,27 days. The rate of influx also appears to be on relatively good levels with average of 79,2 , as well as the percentage of cover with fullness of 74%, which means that a lack of beds is not virtually a problem at the hospital, but perhaps a better distribution of beds is. As far human potentiality is concerned, it appears to be average with an indicator of 0,97 nurses per bed, while the corresponding indicator of medical staff is considered to be insufficient with 0,5 doctors per bed.

Although the study revealed certain problems and some sectors that need improvement, the general image of the hospital appears to be positive with most of the indicators moving on satisfactory levels.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας έχει εξελιχθεί σε ζήτημα μείζονος σημασίας για όλα τα συστήματα υγείας. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζεται στην προσπάθεια που γίνεται τον τελευταίο καιρό να αναπτυχθούν μέθοδοι και εργαλεία προς την κατεύθυνση αυτή. Στην Ελλάδα είναι γεγονός ότι απουσιάζουν συστηματικές προσπάθειες αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα των δημόσιων νοσοκομείων, τα οποία αποτελούν τον κύριο φορέα της προστασίας της υγείας των πολιτών.

Αναγνωρίζοντας λοιπόν αυτή την αναγκαιότητα επιλέξαμε να αναδείξουμε μία μέθοδο αξιολόγησης της αποδοτικότητας του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας, που αποτελείται από δείκτες ποιότητας. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, οι δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν, θα αναδείξουν επιμέρους ζητήματα του νοσοκομείου και θα εντοπίσουν τα σημεία στα οποία χρειάζεται να γίνουν αλλαγές για να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Για το σκοπό αυτό, έγινε συλλογή των πιο πρόσφατων διαθέσιμων πρωτογενών δεδομένων της μελέτης που αφορούσαν το έτος 2008, από τις διοικητικές υπηρεσίες του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας αφού, κατόπιν αιτήσεώς μας, προηγήθηκε έγκριση από το ΕΚΕΠΥ για το σκοπό και τη διαδικασία που θα ακολουθούσε.

Στη συνέχεια επιλέχθηκε ένα σύνολο δεικτών που προκειμένου να επιτευχθεί η εφαρμογή τους, δημιουργήθηκε μια ηλεκτρονική βάση δεδομένων της Microsoft Access, όπου καταχωρήθηκαν φόρμες συλλογής πρωτογενών δεδομένων που αφορούν λειτουργικά μεγέθη του έτους 2008. Στόχος μας είναι η βάση αυτή να αποτελέσει σημαντικό εργαλείο επαναξιολόγησης και να συνεισφέρει στην ουσιαστικότερη παρακολούθηση του έργου του νοσοκομείου στο μέλλον.

Για να αποτραπούν παραπλανητικά συμπεράσματα έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων με άλλα νοσοκομεία της ίδιας περίπτωσης δυναμικότητας και παρομοίων χαρακτηριστικών.

Στο πρώτο κεφάλαιο της έρευνας αναφέρονται αναλυτικά ο ορισμός και η έννοια της αξιολόγησης και τονίζεται η σημασία της και η αναγκαιότητα της εφαρμογής της στο ελληνικό σύστημα υγείας. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται τα βασικά και δευτερεύοντα κριτήρια αξιολόγησης καθώς επίσης η διαδικασία και τα στάδιά της. Γίνεται ακόμη λεπτομερής αναφορά στους δείκτες και στο σημαντικό ρόλο τους στην αξιολόγηση. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη λειτουργία των συστημάτων υγείας διεθνώς και στη συνέχεια αντιπαραβολή της αξιολόγησης αυτών με την αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, το πρώτο του ερευνητικού μέρους, αναπτύσσεται ο σκοπός της έρευνας και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε. Γίνεται επίσης λεπτομερής περιγραφή των δεικτών που χρησιμοποιήθηκαν. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα γενικά στοιχεία του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας και γίνεται σχολιασμός των αποτελεσμάτων, περιγράφεται και παρουσιάζεται η βάση δεδομένων που αναπτύχθηκε και παραθέτονται ρεαλιστικές προτάσεις βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Συστήματα υγείας και αξιολόγηση

Το Σύστημα Υγείας αποτελεί έναν από τους βασικότερους μοχλούς ανάπτυξης του κοινωνικο-οικονομικού μας συστήματος, όπου ο σχεδιασμός, η επέκταση και η εξέλιξή του θα πρέπει να βασίζεται στις αρχές του επιστημονικού management και του υγειονομικού σχεδιασμού, με τελικό σκοπό τη βέλτιστη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά του.

Η πολιτική υγείας μιας χώρας συγκροτείται από τα μέτρα και τους κανόνες που ρυθμίζουν την παραγωγή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, με σκοπό την διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του. Στη χώρα μας αναπτύχθηκε σταδιακά στο χρόνο και επηρεάστηκε από την εξέλιξη της κοινωνίας και των ανθρωπίνων αξιών, της ιατρικής, της επιστήμης, της οικονομίας, χωρίς όμως ιδιαίτερο σχεδιασμό και στόχους [1].

Η έννοια αξιολόγηση ορίζεται λεξικογραφικά ως η εκτίμηση της αξίας προσώπου ή έργου με συγκεκριμένα κριτήρια.

Αξιολόγηση κατά τους Leger, Schieden και Walsworth Bell (1992), είναι η κριτική εκτίμηση, με όσο το δυνατόν αντικειμενικότερο τρόπο του βαθμού με τον οποίο το σύνολο ή μέρος των υπηρεσιών (διαγνωστικές εξετάσεις, θεραπεία) ανταποκρίνονται στους σκοπούς που έχουμε θέσει [2].

Η αξιολόγηση μιας υπηρεσίας υγείας εξετάζει συνήθως συγκεκριμένους στόχους της υπηρεσίας και την καταλληλότητα των μέσων και μεθόδων που χρησιμοποιούνται για την επίτευξή τους. Εντάσσεται στο πλαίσιο ενός ευρύτερου σχεδιασμού για τον καθορισμό της εξέλιξης της πολιτικής της υγείας που έχει σκοπό την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και την μείωση των ανισοτήτων μεταξύ διαφορετικών ομάδων πληθυσμού.

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας διακρίνεται σε ποιοτική, που αφορά το επίπεδο υπηρεσιών που παρέχει ένα Νοσοκομείο και στην οικονομική, που αφορά την αποδοτικότητα των υπηρεσιών αυτών.

1.2 Ποιοτική αξιολόγηση

Η αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας ή προγραμμάτων υγείας μπορεί να επιτευχθεί, σύμφωνα με τον Donabedian, σε τέσσερα διαφορετικά επίπεδα όπως ακριβώς περιγράφονται στο παρακάτω σχεδιάγραμμα:

ΕΙΣΡΟΕΣ → ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ → ΕΝΔΙΑΜΕΣΕΣ ΕΚΡΟΕΣ → ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σχήμα 1.1: Επίπεδα αξιολόγησης στο χώρο της υγείας (Donabedian).

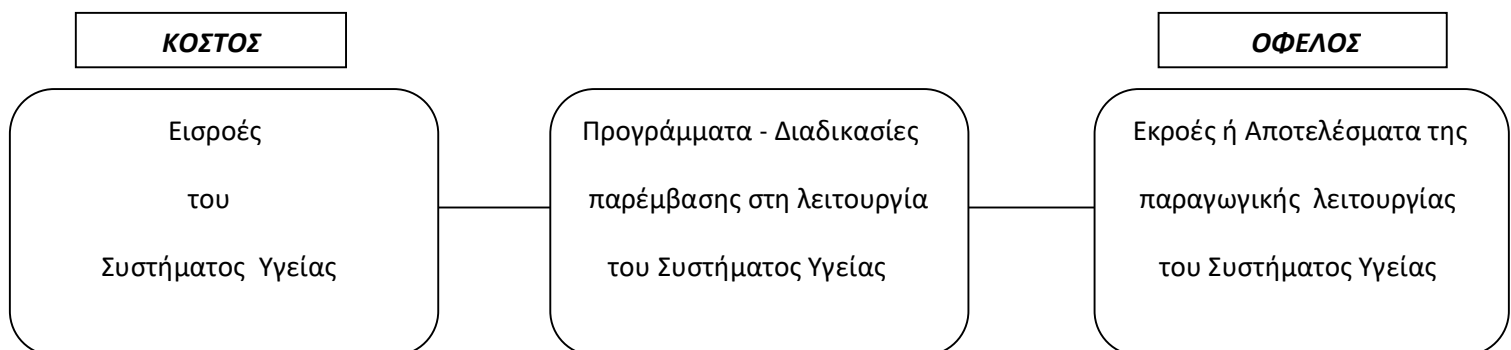
- *Αξιολόγηση Εισροών.* Εδώ αξιολογούνται οι προσφερόμενοι πόροι. Αν πρόκειται για ανθρώπινους πόρους εξετάζεται η ποσοτική και ποιοτική τους επάρκεια. Επίσης, εξετάζεται ο εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις, το ύψος των χρησιμοποιούμενων δαπανών κ.α.
- *Αξιολόγηση της Διαδικασίας.* Στο στάδιο αυτό της αξιολόγησης γίνεται ποσοτική εκτίμηση των υπηρεσιών που παρέχονται και καταναλώνονται. Ελέγχεται δηλαδή, κατά πόσο οι ενέργειες που έγιναν για έναν ασθενή ήταν ενδεδειγμένες και πλήρεις από τη στιγμή που θα έρθει σε επαφή με το υγειονομικό σύστημα μέχρι την έξοδό του από αυτό. Σχετίζεται με το είδος των διαγνωστικών εξετάσεων και χειρουργικών επεμβάσεων, με τις θεραπευτικές διαδικασίες, το βαθμό χρησιμοποίησης των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων καθώς και τις χρησιμοποιούμενες οργανωτικές και διοικητικές μεθόδους.
- *Αξιολόγηση των Ενδιάμεσων Εκροών.* Εδώ λαμβάνει χώρα η εκτίμηση του όγκου παραγωγής και λειτουργίας. Φαίνεται δηλαδή ο βαθμός χρησιμοποίησης και λειτουργικότητας των υπηρεσιών υγείας. Σε σύγκριση με τις εισροές δείχνει το μέτρο της αποδοτικότητας μιας υπηρεσίας υγείας.

- *Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων.* Εδώ δίνεται η εκτίμηση της βελτίωσης του επιπέδου υγείας από την επίδραση των αξιολογούμενων υπηρεσιών ή προγραμμάτων με τη βοήθεια δεικτών που δείχνουν το βαθμό θνησιμότητας, νοσηρότητας, σωματικής και ψυχικής ευεξίας [3,4,5].

Με τα παραπάνω στάδια αξιολόγησης προσδιορίζεται το επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, συγκριτικά με κάποια προκαθορισμένα πρότυπα απόδοσης. Για τη σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση αυτής της ποιότητας είναι απαραίτητη η χρήση αξιόπιστων στοιχείων, τα οποία πρέπει να συγκεντρώνονται με ομοιόμορφο τρόπο και σε εθνικό επίπεδο, ώστε να παρέχουν τη δυνατότητα σύγκρισης. Επίσης, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η αρμονική συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας, καθώς και των ασθενών.

1.3 Οικονομική αξιολόγηση.

Η οικονομική αξιολόγηση είναι μία τεχνική που αναπτύχθηκε από τους οικονομολόγους ώστε να βοηθήσει στις επιλογές που πρέπει να γίνουν μεταξύ διαφορετικών μορφών δράσης. Στην ουσία, κάθε επιλογή είναι μία ζυγαριά όπου από τη μία βρίσκονται τα πλεονεκτήματα-οφέλη και από την άλλη τα μειονεκτήματα-κόστος [6].



Η οικονομική αξιολόγηση βοηθά, λοιπόν, στην καλύτερη επιλογή για το τι πρέπει να γίνει, λαμβάνοντας υπ' όψιν τη σχέση κόστους/όφελους όπου σημαντικό στοιχείο αποτελεί το όφελος του κοινωνικού συνόλου.

Οι κυριότερες μορφές οικονομικής αξιολόγησης είναι [6]:

1. Ανάλυση κόστους-ωφέλειας (cost – benefit analysis)
2. Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost - effectiveness)
3. Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (cost - utility)
4. Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους (cost - minimization)

Από μια ολοκληρωμένη, λοιπόν, αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας παρέχεται η δυνατότητα συλλογής πληροφοριών και στοιχείων για την μείωση της θνησιμότητας, την βελτίωση της νοσηρότητας, την καταλληλότητα των υπηρεσιών, την απόδοση των ιατρικών τμημάτων, την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, την ασφάλεια και την αποτελεσματική παροχή κατάλληλης φροντίδας υγείας. Επισημαίνονται τυχόν ελλείψεις και προβλήματα, τα δυνατά σημεία και οι αδυναμίες ενός Νοσοκομείου και διαφαίνεται το πόσο βελτιώνεται ή επιδεινώνεται διαχρονικά η θέση του και γίνονται οι κατάλληλες παρεμβάσεις για την βελτίωση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες.

1.4 Η αναγκαιότητα αξιολόγησης του ελληνικού συστήματος υγείας

Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας έγινε το 1953, επί κυβερνήσεως Παπάγου, με το Δ.Ν 2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως». Όμως μόλις το 1983, με τον Ν. 1397, επιχειρείται η μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια και οι βάσεις ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Βασικές αρχές του Ν. 1397/1938 ήταν ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης. Βασικοί στόχοι του ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας [1].

Ωστόσο, παρά τις ανωτέρω προσπάθειες η ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, παραμένει χαμηλή. Το πρόσφατο Ευρωβαρόμετρο και η Παγκρήτια δημοσκόπηση για το σύστημα δημόσιας υγείας του Πολυτεχνείου Κρήτης και οι δύο εστιάζουν στην ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. « Σταθερά αρνητικούς για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στη χώρα τους », χαρακτηρίζει τους Έλληνες η τελευταία έκθεση του Ευρωβαρομέτρου. Στην ερώτηση « πώς χαρακτηρίζετε συνολικά την ποιότητα του συστήματος υγείας στη χώρα σας » , μόλις το 25% των Ελλήνων απαντάει θετικά. Τα σημαντικότερα κριτήρια ποιότητας στη υγεία είναι για τους Έλληνες η επιστημονική κατάρτιση των γιατρών, η άμεση εξυπηρέτηση και η έλλειψη λίστας αναμονής. Οι Έλληνες σε ποσοστό 83% φοβούνται την περίθαλψη στα Ελληνικά νοσοκομεία γιατί νομίζουν ότι θα υποστούν κάποια βλάβη. Το 85% των ερωτηθέντων φοβούνται τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και ένα 82% την λάθος διάγνωση. Επίσης, ανησυχούν, σε αρκετά υψηλό ποσοστό (από 73% - 68%), για πιθανά χειρουργικά λάθη, υποψιάζονται λάθη στην φαρμακευτική αγωγή (δόση, λάθος σκεύασμα, λάθος συνταγή, λάθος τρόπος χορήγησης), αλλά και δυσλειτουργία του νοσοκομειακού εξοπλισμού. Όσο για το κόστος της περίθαλψης, τέσσερις στους δέκα Έλληνες (ο

Ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι τρία προς δέκα), παραδέχονται ότι, δυσκολεύονται λόγω κρίσης να καταβάλουν τις δαπάνες για την περίθαλψη τόσο των ιδίων όσο και των οικογενειών τους.

Παρόμοια είναι και τα συμπεράσματα της Παγκρήτιας δημοσκόπησης για το σύστημα δημόσιας υγείας του Πολυτεχνείου Κρήτης, σύμφωνα με τα οποία η Κρήτες έχουν αρνητική γνώμη κατά 61,1% για το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και ,μόλις το 33,5% θετική. Δύο στους τρεις πολίτες περίπου (65,1%) πιστεύουν πως οι εισφορές τους για την υγειονομική τους περίθαλψη δεν αντιστοιχούν στο επίπεδο παροχών υγείας που τους παρέχεται, ενώ ικανοποιημένοι από το επίπεδο παροχών υγείας φαίνεται να είναι το υπόλοιπο 34,8% του δείγματος. Εν τούτοις, το 41,7% των πολιτών θα επεδίωκε κατά πρώτο λόγο να πραγματοποιήσει μια δύσκολη και απαιτητική επένδυση σε δημόσιο νοσοκομείο, το 34,3% σε ιδιωτικό και ένα ποσοστό της τάξεως του 18,9% θα επεδίωκε να μεταβεί σε χώρα του εξωτερικού.

Αν και τα δύο τρίτα του δείγματος (66,6%) κρίνουν καλύτερη την εξυπηρέτησή τους στα ιδιωτικά νοσοκομεία από ότι στα δημόσια, εν τούτοις σχεδόν το 30% υποστηρίζουν ότι η οικονομική τους επιβάρυνση σε αυτά σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας και την περίθαλψη που παρέχουν είναι μεγάλη. Όσων αφορά την σύγκριση των δημόσιων νοσοκομείων με τα ιδιωτικά για την πληρότητα και τον σύγχρονο εξοπλισμό που διαθέτουν, οι πολίτες δηλώνουν σε ποσοστό 44,6% ότι τα δημόσια νοσοκομεία έχουν πληρέστερο και πιο σύγχρονο εξοπλισμό. Τα βασικά κριτήρια επιλογής της ιδιωτικής περίθαλψης είναι ο χρόνος εξυπηρέτησης σε συνδυασμό με το επίπεδο του επιστημονικού προσωπικού, ο τρόπος προσέγγισης, οι συμβάσεις με ασφαλιστικά ταμεία, η καθαριότητα και οι κτηριακές εγκαταστάσεις.

Επίσης προβλήματα υπάρχουν στο χρόνο αναμονής για ραντεβού ή στα επείγοντα. Όσο για το φακελάκι πρωταγωνιστεί και στην Κρήτη με 83,3% των πολιτών να δηλώνουν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών και η εξυπηρέτησή τους εξαρτώνται από αυτό, καθώς και ο χρόνος αναμονής για χειρουργική επέμβαση.

Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη με αντικείμενο τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης ασθενών από τη χρήση δημόσιων νοσοκομειακών υπηρεσιών, που διεξήχθη από το τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας – Πρόνοιας του Τ.Ε.Ι Αθηνών, κατά το διάστημα 30 - 03 - 2005 έως 14 - 04 - 2005, συλλέχθηκαν συνολικά 772

ασθενείς από 11 δημόσια νοσοκομεία του λεκανοπεδίου της Αττικής. Τα ευρήματα της μελέτης χαρακτηρίζονται ιδιαίτερα αισιόδοξα αφού μόλις το 5,1% των ερωτηθέντων δήλωσε λίγο ή πολύ δυσαρεστημένο από τις ιατρικές υπηρεσίες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των δυσαρεστημένων από τις αντίστοιχες υπηρεσίες ανήλθε στο 6,2%. Μεγαλύτερα ποσοστά δυσαρέσκειας σημειώθηκαν σε ότι αφορά την καθαριότητα (11,3%), καθώς και την ποιότητα του φαγητού [7,8].

Τα Δημόσια Νοσοκομεία, θα πρέπει να εφαρμόζουν κατάλληλες μεθόδους για την παρακολούθηση και αξιολόγηση του προσφερόμενου έργου τους προς το κοινωνικό σύνολο. Η εφαρμογή αυτών των μεθόδων θα βοηθήσει στην αξιολόγηση του Συστήματος Υγείας και συγκεκριμένα στο κατά πόσο επιτυγχάνει τα προσχεδιασμένα αποτελέσματα, για να μπορέσει να προβεί σε διορθωτικές ενέργειες, έτσι ώστε να εξασφαλίσει την άρτια διαδικαστική λειτουργία, όσον αφορά τη διοίκηση, με τελικό προορισμό τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασθενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Βασικά κριτήρια αξιολόγησης

Η σωστή λειτουργία ενός συστήματος υγείας βασίζεται σε έναν αποτελεσματικό σχεδιασμό οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών του. Στόχος του είναι η ποιοτική παροχή υπηρεσιών με όσο το δυνατόν μειωμένο κόστος. Αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι του σχεδιασμού της οργάνωσης και της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας θεωρείται η αξιολόγηση η οποία για να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα πρέπει να χρησιμοποιεί συγκεκριμένα κριτήρια. Τα βασικά κριτήρια που μας επιτρέπουν να αξιολογήσουμε τους σκοπούς, τους στόχους και τη λειτουργία ενός συστήματος υγείας και ειδικότερα ενός Νοσοκομείου είναι [3]:

- Η ισότητα
- Η αποτελεσματικότητα
- Η αποδοτικότητα

Η ισότητα αποτελεί βασικό μέλημα των διαμορφωτών της πολιτικής της υγείας και σημαίνει ίση πρόσβαση στην παροχή φροντίδων υγείας, ίσα δικαιώματα, σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από το φύλλο, τη φυλή, τον τόπο κατοικίας ή την δυνατότητα πληρωμής. Στόχος της είναι η μείωση των παρατηρουμένων ανισοτήτων ανάμεσα σε διαφορετικές γεωγραφικές περιφέρειες και κοινωνικοοικονομικές ή εθνικές ομάδες. Για παράδειγμα στην Ελλάδα ο μέσος όρος ζωής είναι περίπου τα 74 έτη ενώ ο αντίστοιχος των αθιγγάνων που ζούνε στη χώρα μας είναι τα 57 έτη. Ένα άλλο παράδειγμα είναι το γεγονός ότι στην περιοχή της πρωτεύουσας αναλογούν 5,7

γιατροί ανά 1000 κατοίκους ενώ στο Βόρειο Αιγαίο 1,8 ανά 1000 κατοίκους. Οι ανισότητες αυτές αποτελούν πρόκληση για την πολιτική της υγείας. Η μέτρηση και η εκτίμησή τους αποτελούν ουσιαστική διάσταση της αξιολόγησης της λειτουργίας των συστημάτων υγείας και πραγματοποιείται με ένα σύνολο δεικτών προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας [3].

Η ισότητα έχεις δύο διαστάσεις, την οριζόντια και την κάθετη. Η οριζόντια επιτυγχάνεται με την ισότιμη κατανομή πόρων και υπηρεσιών (π.χ. ίδιες αναλογίες ιατρών ανά 1000 κατοίκους), καθώς και με την ισότιμη πρόσβαση (π.χ. ίδιες αποστάσεις από πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας) και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από το σύνολο του πληθυσμού. Τελικός στόχος είναι η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, με τη σύγκλιση των δεικτών υγείας από το σύνολο του πληθυσμού. Τελικός στόχος είναι η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, με τη σύγκλιση των δεικτών υγείας σε γεωγραφικό ή πληθυσμιακό επίπεδο. Η κάθετη ισότητα αναγνωρίζει την ανάγκη αντιμετώπισης του πληθυσμού με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες που παρουσιάζει, γεγονός που οδηγεί σε διαφορετική κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις επιμέρους ανάγκες. Ακόμα, η κάθετη ισότητα προβλέπει προοδευτική χρηματοδότηση βασισμένη στην οικονομική δυνατότητα του κάθε πολίτη [3].

Η αποτελεσματικότητα είναι η σχέση μεταξύ των προκαθορισμένων στόχων που θέτει ο προγραμματισμός και ο σχεδιασμός των στόχων που επιτεύχθηκαν από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Έχει έναν συνθετικό χαρακτήρα και αφορά ένα σύστημα προληπτικών, διαγνωστικών, θεραπευτικών και οργανωτικών μέτρων. Η αποτελεσματικότητα τις περισσότερες φορές αποτιμάται με βάση την ποιότητα των φροντίδων υγείας και η μέτρησή της γίνεται με δείκτες που επιχειρούν να μετρήσουν τα τελικά αποτελέσματα υγείας (νοσηρότητα, θνησιμότητα) όπως για παράδειγμα ο αριθμός των ενδονοσοκομειακών θανάτων από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και δείκτες που μετρούν τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας όπως για παράδειγμα η καταγραφή αριθμού ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων [3].

Η αποδοτικότητα είναι έννοια οικονομική και είναι βασικό εργαλείο για τον έλεγχο και την ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων. Αξιολογεί με ποια οικονομική επιβάρυνση, με ποιους πόρους και με ποια ποσότητα παραγωγικών συντελεστών επιτυγχάνονται κάποια αποτελέσματα. Είναι μέγιστη όταν μια δεδομένη ποσότητα προϊόντος παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στην καλύτερη δυνατή ποιότητα ή όταν με δεδομένο το κόστος παράγεται η μέγιστη ποσότητα προϊόντος. Για παράδειγμα υπολογίζοντας τις δαπάνες νοσηλείας για έναν ασθενή με ηπατίτιδα Α και το κόστος εμβολιασμού αυτού του ατόμου από το αντίστοιχο εμβόλιο, καθορίζεται η αντιμετώπιση της ασθένειας με το ελάχιστο δυνατό κόστος. Ανάλογα με το αν η αποδοτικότητα κλίνει προς τις εισροές ή τις εκροές ονομάζεται αποδοτικότητα εισροής ή εκροής [3,9].

2.2 Δευτερεύοντα κριτήρια αξιολόγησης

Για την πληρέστερη αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιούνται, εκτός των βασικών και ένα σύνολο δευτερευόντων κριτηρίων, τα οποία είναι:

- *Η επάρκεια* (sufficiency). Εκφράζει το βαθμό της ποσοτικής ανταπόκρισης των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες υγείας και στην παραγόμενη ζήτηση ενός καθορισμένου πληθυσμού. Υπολογίζεται κυρίως με δείκτες κλινικών ανά πληθυσμό.
- *Η καταλληλότητα* (appropriateness). Προσδιορίζει την αντιστοιχία των παρεχομένων υπηρεσιών σε σχέση με τις ανάγκες αλλά και τις επιθυμίες του πληθυσμού. Οι δείκτες καταλληλότητας αφορούν κυρίως στο βαθμό κάλυψης του πληθυσμού, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά.
- *Η διαθεσιμότητα* (availability). Εκφράζει τη δυνατότητα προσφοράς των υπηρεσιών σε σχέση με τις ανάγκες αλλά και τις επιθυμίες του πληθυσμού. Οι δείκτες καταλληλότητας αφορούν κυρίως στο βαθμό κάλυψης του πληθυσμού. Τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά.

- *Η προσβασιμότητα ή προσπελασιμότητα (accessibility).* Προϋποθέτει την επάρκεια και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και εκφράζει την ισότιμη δυνατότητα χρήσης των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας από κάθε δικαιούχο, χωρίς γεωγραφικά, συγκοινωνιακά ή οικονομικά εμπόδια. Προσδιορίζεται από τον αριθμό ατόμων ή το ποσοστό ενός συγκεκριμένου πληθυσμού που αναμένεται να χρησιμοποιήσουν κάποια υπηρεσία υγείας, καθώς και από το χρόνο μετάβασης στην υπηρεσία στο χρόνο αναμονής μέχρι τη χρήση.
- *Η αποδοχή (acceptability).* Αποτιμά το βαθμό στον οποίο κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες επηρεάζουν την αποδοχή των υπηρεσιών υγείας, επιτρέποντας ή αποτρέποντας την αρχική επαφή και χρήση της υπηρεσίας.
- *Η δραστικότητα (efficacy).* Εκφράζει την κλινική αποτελεσματικότητα των εφαρμοζόμενων από την υπηρεσία παρεμβάσεων υπό ιδανικές, πειραματικές συνθήκες.
- *Η συμμόρφωση (compliance).* Προσδιορίζει το βαθμό στον οποίο εφαρμόζονται οι ιατρικές και οι νοσηλευτικές οδηγίες από τους ασθενείς με συστηματικό τρόπο.
- *Η συνέχεια (continuity).* Εκφράζει τη δυνατότητα προσφοράς ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, προκειμένου να παρέχεται συνεχής και όχι αποσπασματική περίθαλψη (π.χ. σύνδεση πρωτοβάθμιας και νοσηλευτικής περίθαλψης).
- *Η λογοδοσία (accountability).* Είναι η δυνατότητα των καταναλωτών υγείας και των αγοραστών να ελέγχουν και να επηρεάζουν με διάφορους τρόπους τις κατευθύνσεις και τις πολιτικές των υπηρεσιών υγείας. Υπολογίζεται με δείκτες συχνότητας συλλογής δεδομένων, αξιοπιστίας δεδομένων, συμμετοχής καταναλωτών στις αποφάσεις κ.λπ.
- *Η ανταποκρισιμότητα (responsiveness).* Πρόκειται για μια έννοια που αναπτύχθηκε από τον Π.Ο.Υ και ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις θεμιτές προσδοκίες των πολιτών σε σχέση με όλες τις μη ιατρικές πλευρές της συναλλαγής τους με αυτό (π.χ. αξιοπρέπεια,

εμπιστευτικότητα, δικαίωμα επιλογής κ.ά.). Συντίθενται από οκτώ επιμέρους τομείς, οι οποίοι αξιολογούνται από τους πολίτες, και συνδέεται με την ποιότητα της περίθαλψης.

2.3 Διαδικασία και στάδια αξιολόγησης

Το πρώτο βήμα της αξιολόγησης μιας υπηρεσίας υγείας είναι τα δεδομένα αποκτηθέντα από την παρακολούθηση της εφαρμογής των εκάστοτε πολιτικών, η εκτίμηση της αποδοτικότητας των προγραμμάτων και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

Στάδια αξιολόγησης προγραμμάτων υγείας:

- Εκτίμηση προσφερόμενων πόρων
- Ποσοτική εκτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Ποιοτική εκτίμηση αυτών
- Εκτίμηση της βελτίωσης επιπέδου υγείας, συνήθως μέσω της νοσηρότητας και της θνησιμότητας.

2.4 Σκοπός των δεικτών

Η αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας πραγματοποιείται με δείκτες, των οποίων η επιλογή γίνεται με βάση το αντικείμενο αξιολόγησης και είναι αριθμοί, που με σχετική ακρίβεια μας επιτρέπουν:

- ο Να καθορίσουμε προτεραιότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας (προληπτικών και θεραπευτικών)
- ο Να καθορίσουμε προτεραιότητες στην έρευνα υγείας.
- ο Να εντοπίσουμε ομάδες ατόμων με υψηλές ανάγκες και να καθορίσουμε τους τρόπους παρέμβασης.
- ο Να αποκτήσουμε ένα συγκρίσιμο μέτρο προϊόντος (υγείας) για τους σκοπούς της παρέμβασης, του προγραμματισμού, του σχεδιασμού και της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας [10,11].

2.5 Ποιοτικά χαρακτηριστικά των δεικτών

Όπως ήδη αναφέρθηκε πιο πάνω τα κύρια εργαλεία αξιολόγησης της Πολιτικής της Υγείας αποτελούν οι δείκτες, των οποίων η χρησιμότητα και η αξία εξαρτάται από το βαθμό στον οποίο μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη χάραξη, εφαρμογή και αξιολόγηση της Πολιτικής της Υγείας. Για το λόγο αυτό, τα κύρια επιθυμητά χαρακτηριστικά των δεικτών είναι:

- Αξιοπιστία (reliability): Οι δείκτες είναι αξιόπιστοι, αν επανειλημμένες έρευνες κατά την ίδια χρονική περίοδο δίνουν το ίδιο αποτέλεσμα.
- Ακρίβεια (precision): Οι δείκτες είναι ακριβείς, αν η μέτρηση μπορεί να προχωρήσει στον απαραίτητο βαθμό λεπτομέρειας.
- Εγκυρότητα (validity): Οι δείκτες θεωρούνται αληθείς, αν αντικατοπτρίζουν με ακρίβεια την κατάσταση για την οποία προορίζονται.

- Ευαισθησία (sensitivity): Οι δείκτες είναι ευαίσθητοι αν οι μεταβολές στην υπό μελέτη κατάσταση αντανακλώνται πλήρως σε ταυτόχρονες μεταβολές στους δείκτες.
- Πληρότητα (comprehensiveness): Οι δείκτες είναι πλήρεις, εάν υπάρχουν σε όλα τα κράτη-μέλη (ή τις ομάδες πληθυσμού στις οποίες εφαρμόζονται).
- Συγκρισιμότητα (comparability): Οι δείκτες θεωρούνται συγκρίσιμοι, εάν οι ορισμοί τους, η μεθοδολογία συγκέντρωσης των δεδομένων και η μέθοδος των μετρήσεων είναι οι ίδιες ή βασίζονται στις ίδιες αρχές σε όλα τα κράτη-μέλη.
- Συνέπεια: (consistency): Οι δείκτες θεωρούνται συνεπείς, εάν είναι συγκρίσιμοι διαχρονικά.
- Επικαιρότητα (timeliness): Οι δείκτες είναι επίκαιροι, εάν η συγκέντρωση και επεξεργασία των στοιχείων και η δημοσιοποίηση των δεικτών γίνονται σε ένα χρονικό διάστημα από την περίοδο στην οποία αναφέρονται τέτοιο, που να αντιστοιχεί στη χρήση για την οποία προορίζεται ο δείκτης.
- Ομοιογένεια (homogeneity): Οι δείκτες κρίνονται ομοιογενείς, εάν δεν υπάρχει διαχρονική μεταβολή στη γεωγραφική περιοχή την οποία καλύπτουν [10,11].

2.6 Διάκριση δεικτών

Οι δείκτες αξιολόγησης είναι ιδιαίτερα δύσκολο να ταξινομηθούν αφού το εύρος των μετρήσεων που καλούνται να υλοποιήσουν είναι πολύ μεγάλο. Κατά καιρούς, στη

διεθνή αλλά και Ελληνική βιβλιογραφία, έχει γίνει μια τέτοια προσπάθεια. Ο Π.Ο.Υ έχει ταξινομήσει τους δείκτες σε πέντε βασικές κατηγορίες [6]:

I. Δείκτες υγειονομικής πολιτικής

- Χορήγηση επαρκών πόρων
- Κατανομή πόρων

II. Κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες

- Ρυθμός αύξησης του πληθυσμού
- Κατανομή εισοδήματος
- Επίπεδο αναλφαριθμητισμού
- Επάρκεια κατοικίας

III. Δείκτες επιπέδου υγείας

- Επίπεδο θνησιμότητας
- Επίπεδο βρεφικής θνησιμότητας
- Επίπεδο θνητότητας
- Προσδόκιμο επιβίωσης
- Επίπεδο νοσηρότητας
- Βαθμός αναπηρίας

IV. Δείκτες παροχής φροντίδων υγείας

- Επάρκεια
- Προσπελασιμότητα
- Χρησιμοποίηση
- Αποτελεσματικότητα
- Ποιότητα

V. Δείκτες κάλυψης της Π.Φ.Υ.

- Επίπεδο υγειονομικής γνώσης
- Βρύσες κατάλληλου πόσιμου ύδατος σε απόσταση 20' με τα πόδια

Ο St. Martin, διακρίνει, κατά τον ίδιο περίπου μεθοδολογικό τρόπο, τα δεδομένα και τους δείκτες που πρέπει να χρησιμοποιούνται με τις εξής κατηγορίες:

1. *Δείκτες Δημογραφίας*
2. *Δείκτες Ιατρο-υγιεινής*
3. *Κοινωνιολογικοί, πολιτικοί, οικονομικοί και πολιτισμικοί*
4. *Δείκτες συστημάτων και υπηρεσιών υγείας*

Οι προαναφερόμενοι δείκτες χρησιμοποιούνται κυρίως στην αξιολόγηση των συστημάτων, περισσότερο σε μακρο-επίπεδο και λιγότερο σε μικρο-επίπεδο.

Δείκτες αξιολόγησης σε μακρο – επίπεδο:

- *Δείκτες εισροών και επάρκειας* (ανθρώπινοι πόροι π.χ. σύνολο απασχολούμενων επαγγελματιών υγείας, υλικοί πόροι π.χ. αριθμός νοσοκομείων, οικονομικοί πόροι π.χ. δαπάνες υγείας στο ΑΕΠ)

- *Δείκτες εκροών* (δείκτες μέτρησης του παραγόμενου λειτουργικού προϊόντος, δείκτες χρησιμοποίησης της κατανάλωσης)
- *Δείκτες αποτελεσμάτων* (δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας, θνητότητας, διασωθέντων ετών ζωής, ποιότητας ζωής και ικανοποίησης ασθενών) [10].

Δείκτες αξιολόγησης σε μικρο-επόπεδο:

- *Δείκτες εισροών και επάρκειας* (ανθρώπινοι πόροι π.χ. απασχολούμενοι/κλίνη, υλικοί πόροι π.χ. αριθμός κλινών, οικονομικοί πόροι π.χ. συνολικό κόστος νοσοκομείου)
- *Δείκτες εκροών-λειτουργικότητας-παραγωγικότητας* (απλοί π.χ. μέση διάρκεια νοσηλείας, σύνθετοι δείκτες π.χ. δείκτες παραγωγικότητας, δείκτες αποτελεσμάτων π.χ. ποσοστό επιτυχίας χημειοθεραπειών, δείκτες αποδοτικότητας π.χ. αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ανά γιατρό-νοσηλεύτη) [10].

.

Ανάλογα με τις υπό αξιολόγηση υπηρεσίες υγείας, το είδος της επιδιωκόμενης αξιολόγησης και τις δυνατότητες που διατίθενται, επιλέγονται από τις πιο πάνω κατηγορίες οι αντίστοιχοι δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν. Στην παρούσα εργασία γίνεται προσπάθεια να αξιολογηθούν οι υπηρεσίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας. Για να επιτευχθεί αυτό, χρησιμοποιήθηκαν δείκτες ισότητας (προσπελασιμότητα-ισότιμη πρόσβαση), δείκτες εισροών και επάρκειας (εκσυγχρονισμός της λειτουργίας και των υποδομών), δείκτες αποδοτικότητας, δείκτες παραγωγικότητας και δείκτες αποτελεσμάτων, η ανάλυση των οποίων θα γίνει στο ειδικό μέρος της εργασίας..

3.1 Η κρίση στα συστήματα υγείας – Προβλήματα και ανάγκη αξιολόγησής τους

Ο τομέας της υγείας στις κοινωνίες του Δυτικού κόσμου υφίσταται αυτήν την περίοδο πολλές θεμελιώδεις αλλαγές. Η αυξανόμενη ζήτηση μέσα σε ένα πλαίσιο δημοσιονομικού περιορισμού δημιουργεί την ανάγκη για τη διαχείριση της αποδοτικότητας και πιο αυστηρό έλεγχο των πόρων που κατευθύνονται στον τομέα της υγείας. Ειδικότερα στην Ευρώπη, η πολιτική της υγείας, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών, έχει έλθει αντιμέτωπη με ορισμένα κοινά προβλήματα, τα οποία κυρίως αφορούν:

- ο Τη συγκράτηση του κόστους υπηρεσιών υγείας
- ο Την εξασφάλιση κάποιας μορφής ισότητας και καθολικότητας, ως προς την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας
- ο Την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας.

Σήμερα, πολλές χώρες της Ευρώπης συνεχίζουν να αναθεωρούν τα συστήματα υγείας τους αναζητώντας εναλλακτικές στρατηγικές, ώστε να μπορούν να χρηματοδοτούν και να παρέχουν πιο αποτελεσματικές και πιο δίκαιες υπηρεσίες υγείας [12].

3.2 Μοντέλα και συστήματα υγείας στην Ευρώπη

Στην Ευρώπη τέσσερα είναι τα βασικότερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας.

Το πρώτο αναφέρεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, το οποίο αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge. Οι πρυτανεύουσες αρχές είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Η Αγγλία και η Ιρλανδία αποτελούν τις αντιπροσωπευτικές χώρες του αγγλοσαξονικού μοντέλου.

Το δεύτερο σύστημα ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο και αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία και τις μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Bismark το 1883. Η βασική ιδέα του ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος το οποίο θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Η Γερμανία και οι άλλες χώρες της Κεντρικής Ευρώπης υιοθέτησαν αυτό το σύστημα.

Το τρίτο πρότυπο αναφέρεται στο σκανδιναβικό μοντέλο, όπου η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Η Σουηδία, με τη Δανία και τις άλλες σκανδιναβικές χώρες έχουν υιοθετήσει αυτή τη φιλοσοφία.

Τέλος, το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του τόσο στη φιλοσοφία του Beveridge όσο και του Bismark. Όλες οι χώρες της Νότιας Ευρώπης έχουν την μεταπολεμική εμπειρία εξόδου από ολοκληρωτικά καθεστώτα και μεταβάσεις σε κοινοβουλευτικά δημοκρατικά συστήματα. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 και του '80, είχαν ως στόχο την καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το πρότυπο οργάνωσης βασίστηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο. Ωστόσο, πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου αυτού με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων [13].

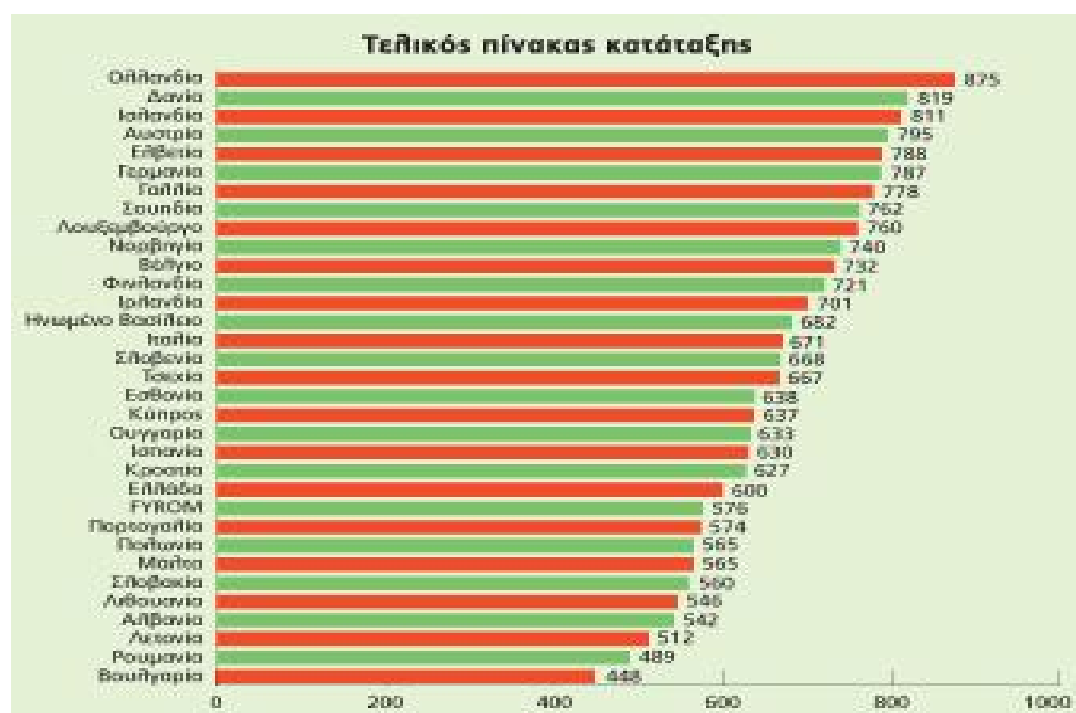
Από την μελέτη των παραπάνω μοντέλων συμπεραίνουμε ότι στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης τηρήθηκε μια ενιαία γραμμή για την οργάνωση των συστημάτων υγείας. Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις προϋπήρξε σε πρώτη φάση η κοινωνική έρευνα, η οποία προσμέτρησε και καθόρισε το είδος, τα χαρακτηριστικά και το μέγεθος των κοινωνικών αναγκών και σε δεύτερη φάση ακολούθησε το θεσμικό πλαίσιο. Τέλος, σε τρίτη φάση η ικανή δημόσια διοίκηση ανέλαβε την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων.

Στις χώρες της Νότιας Ευρώπης θα μπορούσαμε να επιχειρηματολογήσουμε ότι δεν ακολουθήθηκε η παραπάνω «ομαλή» πορεία. Αρχικά δεν υπήρξε ικανός αριθμός τεκμηριωμένων κοινωνικών και υγειονομικών ερευνών οι οποίες θα κατέγραφαν τις πραγματικές ανάγκες υγείας ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, ασφαλιστικό φορέα και επαγγελματική κατηγορία. Στη συνέχεια το θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο των ασφαλιστικών φορέων που παρείχε υγειονομική περίθαλψη είχε ένα μεμονωμένο χαρακτήρα και αφορούσε την κάλυψη των αναγκών μιας συγκεκριμένης επαγγελματικής κατηγορίας (αγρότες, ναυτικοί, δημόσιοι υπάλληλοι, τραπεζικοί, νομικοί, ιατροί, κ.λπ.), χωρίς να αναφέρεται στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Επιπλέον το θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο δεν ικανοποιούσε τα κοινωνικά δικαιώματα σε επίπεδο κοινωνίας αλλά μεμονωμένα σε επίπεδο συντεχνίας ή μιας συγκεκριμένης ομάδας ατόμων. Τέλος οι ανάγκες για υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στις χώρες της Ν. Ευρώπης συνέπεσαν με τις πολιτικές αλλαγές με τις ευρύτερες συνταγματικές και νομοθετικές αναθεωρήσεις που απέβλεπαν στην άμεση ικανοποίηση των συσσωρευμένων κοινωνικών αναγκών. Έτσι παρατηρείται μια ταυτόχρονη συγκυρία θεσμοθέτησης, σχεδιασμού, υλοποίησης και διαχείρισης χωρίς να υπάρχει η ανάλογη κοινωνική έρευνα ούτε η έμπειρη δημόσια διοίκηση με την ανάλογη στελέχωση σε εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό. Η αναποτελεσματικότητα στην οργάνωση και τη διαχείριση των περιορισμένων πόρων ήταν τελικά μια αναπόφευκτη συνέπεια [14].

3.3 Πίνακας κατάταξης των Ευρωπαϊκών υγειονομικών συστημάτων.

Ο Πίνακας Κατάταξης κατατάσσει 33 εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης χωρών της Ευρώπης βασιζόμενος σε 38 δείκτες που καλύπτουν έξι τομείς καίριας σημασίας για τους ασθενείς: δικαιώματα και πληροφόρηση ασθενών, ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας, χρόνοι αναμονής για θεραπεία, αποτελέσματα θεραπευτικών αγωγών, εύρος και περιορισμοί των υπηρεσιών που παρέχονται και πρόσβαση σε φάρμακα. Ο πίνακας συντάσσεται με βάση επίσημα στατιστικά στοιχεία, δημοσκοπήσεις ασθενών και ανεξάρτητη έρευνα και λειτουργεί με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Πίνακας 3.1: Κατάταξη υγειονομικών συστημάτων περίθαλψης (Euro Health Consumer Index, 2009)



Από τα στοιχεία που προκύπτουν από την ετήσια έρευνα του 2009 για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης της Ευρωπαϊκής Ένωσης που παρουσιάζονται στον

Ευρωπαϊκό Πίνακα Κατάταξης Καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας (EHCI), η Ελλάδα καταλαμβάνει μόλις την 23^η θέση μεταξύ των 33^{ων} χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τέσσερις θέσεις χαμηλότερα από την κατάταξη του προηγούμενου έτους.

Χωρίς κανένα ιδιαίτερο σημάδι βελτίωσης, η έρευνα απέδειξε πως, οι ελληνικές υγειονομικές υπηρεσίες συνεχίζουν να ταλανίζονται από τη γραφειοκρατία κι από την αδιαφάνεια και να υπολείπονται σημαντικά, όταν καλούνται να ανταγωνιστούν τα συστήματα άλλων χωρών ακόμα και αν αυτές οι χώρες είναι οι νεοεισερχόμενες στην ΕΕ. Όπως εύκολα διαπιστώνει κανείς βλέποντας το σχετικό γράφημα, η Ελλάδα βρίσκεται σε «χειρότερη μοίρα» από την Κροατία, την Εσθονία και την Ουγγαρία, και μόλις μία θέση πάνω από τη FYROM.

Η χώρα μας συγκέντρωσε 600 βαθμούς από σύνολο 1000 σημειώνοντας γενικά φτωχές επιδόσεις στη χρήση ηλεκτρονικών μέσων για την παροχή υγείας, στην ευκολία πρόσβασης στον ιατρικό φάκελο, στη συμμετοχή ασθενών στη λήψη αποφάσεων και στη δημόσια οδοντιατρική περίθαλψη. Όλα αυτά την ώρα που διαθέτουμε τους περισσότερους αναλογικά γιατρούς σε όλη την Ευρώπη (530 γιατρούς ανά 100000 κατοίκους). Εκεί που φαίνεται να είμαστε κάπως καλύτερα είναι στους χρόνους αναμονής για θεραπεία και στα αποτελέσματα κάποιων συχνών θεραπειών, όπως επεμβάσεις καταρράκτη και ρύθμιση σακχάρου στους διαβητικούς. Τα τελευταία στοιχεία δείχνουν ότι η Ελλάδα έχει περισσότερο ιδιωτικοποιημένο σύστημα υγείας ακόμα και από αυτό των ΗΠΑ που η υγεία είναι κατά κύριο λόγο υπόθεση ατομικής ευθύνης των πολιτών και η δημόσια χρηματοδότηση είναι μόνο για τους ηλικιωμένους και τους πολύ φτωχούς [15].

Οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες εξασφαλίζουν περίθαλψη υγείας σχεδόν σε όλους τους κατοίκους τους. Η Γαλλία και η Γερμανία οι οποίες θεωρούνται ευρέως ως οι χώρες με τα καλύτερα συστήματα υγείας στην Ευρώπη, με λίγα παράπονα για ορθολογική οργάνωση των υπηρεσιών και για λίστες αναμονής, δαπανούν 11% και 10,4% του προϋπολογισμού τους αντίστοιχα στον τομέα της υγείας σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ. Το Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο επίσης παρέχει καθολική περίθαλψη μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), δαπανά 8,4% του ΑΕΠ στην υγεία, γεγονός που καθιστά το NHS ένα από τα οικονομικότερα συστήματα υγείας στη Ευρώπη. Αντίθετα με τη Γαλλία και τη Γερμανία το Βρετανικό NHS κατακλύζεται τα

τελευταία χρόνια από παράπονα με λίστες αναμονής και ανεπάρκεια νοσοκομειακών κλινών [16].

Αξίζει να τονισθεί ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ και των πιο αναπτυγμένων χωρών της Δυτικής Ευρώπης. Είναι χαρακτηριστικό, άλλωστε, το γεγονός ότι ενώ οι Αμερικανοί δαπανούν ετησίως το μεγαλύτερο ποσό σε όλο τον κόσμο για ιατρική περίθαλψη – πάνω από 7.400 δολάρια ο κάθε Αμερικανός και ποσοστό 16% του ΑΕΠ – κατατάσσονται μόλις και μετά βίας στην 37^η θέση της λίστας του ΠΟΥ, με βάση την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δικαίως λοιπόν εκατομμύρια Αμερικανοί αισθάνονται αδικημένοι, σαν να είναι κάτοικοι κάποιας τριτοκοσμικής χώρας, μη συμπεριλαμβανομένης της Κούβας, όπου το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι καλύτερο, πολύ πιο δίκαιο και ασυγκρίτως πιο φθηνό από ό, τι στις ΗΠΑ [17].

3.4 Ευρωπαϊκά προγράμματα αξιολόγησης συστημάτων υγείας.

Η Ευρώπη και η Αμερική στην προσπάθειά τους να αξιολογήσουν τα συστήματα υγείας αντιμετώπισαν αρκετές δυσκολίες στο να ακολουθήσουν μια κοινή στρατηγική. Η Ευρωπαϊκή Εταιρία Γενικής Ιατρικής και το δίκτυό της για τη Διασφάλιση της Ποιότητας στη Γενική Ιατρική έχουν κατατάξει τη διασφάλιση και την αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας υγείας στις υψηλής προτεραιότητας δραστηριότητές τους.

Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας (NHS) για τη βελτίωση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας καθιέρωσε το συμβόλαιο με τον γενικό γιατρό ως μέσο στην παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στον ασθενή. Το νέο αυτό συμβόλαιο που έχει προκαλέσει αρκετές συζητήσεις στο ίδιο το Ηνωμένο Βασίλειο, εισάγει ένα πλαίσιο εκτίμησης της ποιότητας και των εκβάσεων στα ιατρεία του συστήματος, το οποίο βασίζεται στην καλύτερη διαθέσιμη, με βάση την μαρτυρία, απόδειξη.

Αξιόλογες προσπάθειες έλαβαν χώρα από έξι Ευρωπαϊκές χώρες για τη διαμόρφωση ενός εργαλείου με δείκτες που ονομάζεται European Practice Assessment (EPA). Το εργαλείο αυτό αποτελείται από 57 δείκτες ποιότητας και φαίνεται να είναι έγκυρο και αξιόπιστο και ήδη μεταφέρεται στην Ελλάδα από ομάδα εμπειρογνομόνων της Ελληνικής Εταιρίας Γενικής Ιατρικής.

Επίσης 23 χώρες του ΟΟΣΑ έλαβαν την πρωτοβουλία να αναπτύξουν δείκτες ποιότητας κοινά αποδεκτούς, ώστε να είναι δυνατή τόσο η αξιολόγηση όσο και η σύγκριση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. Πιο συγκεκριμένα, μια ομάδα ειδικών από όλες τις χώρες που συμμετείχαν στο πρόγραμμα κατέληξε σε 27 κοινά αποδεκτούς δείκτες (6 αφορούν την προαγωγή υγείας, 13 αφορούν την πρόληψη και 8 που αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα) [18].

ECHIM. Είναι ένα τριετές πρόγραμμα του Προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008) της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το ECHIM συνέχισε την εργασία του ECHI και του ECHI-2 στην ανάπτυξη και στην εφαρμογή της παρακολούθησης του τομέα υγείας μέσω των δεικτών. (www.echim.org)

eHID. Χρηματοδοτούμενο στα πλαίσια του Προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008), το eHID δραστηριοποιήθηκε στον τομέα των δεικτών από ηλεκτρονικά αρχεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. (ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/action1_2003_19_en.htm)

EUnetHTA. Ευρωπαϊκό δίκτυο για την αξιοποίηση της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας. (www.eunethta.net)

EUGLOREH. Χρηματοδοτούμενο στα πλαίσια του Προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008), το EUGLOREH ανακοίνωσε μία αναφορά (*Report on Health in the European Union*) που ομαδοποιεί τις δοκιμές και τα ευρωπαϊκά δεδομένα από το 1998. (www.eugloreh.it)

OECD. Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Organization for Economic Co-operation and Development) ενοποιεί τις εμπειρίες των κυβερνήσεων όλου του κόσμου που είναι προσηλωμένες για τις αρχές της δημοκρατίας και την οικονομία της αγοράς. (www.oecd.org)

HDP και HDP2. Το Hospital Data Project χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα για την παρακολούθηση της Υγείας (HMP) υπό την αιγίδα της DG Sanco με δυο βασικούς στόχους: 1) την εκπόνηση λεπτομερούς και πρακτικής μεθοδολογίας για τη συλλογή συγκρίσιμων νοσοκομειακών δεδομένων στην Ευρώπη, 2) την παραγωγή μιας ομάδας πιλοτικών δεδομένων με εναρμονισμένη μεθοδολογία με την προοπτική μελλοντικής εφαρμογής, σύμφωνα με τις παραμέτρους του Δικτύου Πληροφοριών στη Δημόσια Υγεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EUPHIN).

Ο στόχος του προγράμματος HDP2 ήταν η συνέχιση της εργασίας που ξεκίνησε με το HDP στη βάση συγκεκριμένων τομέων προτεραιότητας. (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/action1_2004_32_en.htm)

European Patient's Forum. Πανευρωπαϊκός φορέας που αποτελείται από τις οργανώσεις ασθενών που δραστηριοποιούνται στον τομέα της δημόσιας υγείας. (www.eu-patient.eu)

MATTONI Project. Το MATONI είναι ένα Ιταλικό πρόγραμμα, με στόχο τον καθορισμό και τη δημιουργία μίας κοινής γλώσσας, σε εθνικό επίπεδο, ώστε να εξασφαλίζεται η δυνατότητα σύγκρισης των πληροφοριών που ανταλλάσσονται με το νέο πληροφοριακό σύστημα υγείας. (www.matoni.ministerosalute.it)

PERFECT Project. PERFECT είναι ένα Φιλανδικό πρόγραμμα για την ανάπτυξη μεθόδων για τη μέτρηση της σχέσης κόστους-οφέλους της υγειονομικής φροντίδας και για τη δημιουργία μίας βάσης δεδομένων για τη σύγκριση νοσοκομείων,

νοσοκομειακών περιφερειών, Νομών και ομάδων πληθυσμού.
(info.stakes.fi/perfect/EN/index.htm)

MARQuIS. Χρηματοδοτήθηκε το 2005 στα πλαίσια των δραστηριοτήτων επιστημονικής στήριξης των στρατηγικών του 6^{ου} Προγράμματος πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το Methods for Assessing to Quality Improvement Strategies (MARQuIS) είναι ένα πρόγραμμα που συνεισέφερε στην αξιολόγηση διαφορετικών ποιοτικών στρατηγικών και στη συλλογή πληροφοριών για την κινητικότητα μεταξύ των χωρών. (<http://www.marquis.be/Main>)

SImpatIE. Το Safety Improvement for Patients In Europe (SImpatIE) είναι ένα πρόγραμμα που χρηματοδοτήθηκε στα πλαίσια του κοινοτικού Προγράμματος δράσης στο χώρο της δημόσιας υγείας (2003-2008), το οποίο μέσω ευρωπαϊκών δικτύων και οργανώσεων, ειδικών και επαγγελματιών, ξεκίνησε ένα σύστημα κοινό σε επίπεδο ορολογίας, δεικτών και εργαλείων για τη μεγαλύτερη βελτίωση στον τομέα της υγείας. (<http://www.simpatie.org/MAIN>)

Προκειμένου να βρεθεί μια κοινή βάση που να επιτρέπει στις ίδιες υπηρεσίες υγείας κάθε κράτους της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στην κάθε νοσοκομειακή μονάδα να αξιολογεί την αποτελεσματικότητα της εργασίας τους, πρόσφατα, το πρόγραμμα EUPHORIC (European Public Health Outcome Research and Indicators Collection) εκπόνησε μοντέλα αξιολόγησης για τη συλλογή πληροφοριών σύμφωνα με τα πρότυπα ποιότητας που ήδη υπάρχουν σε διάφορα Κράτη-Μέλη. Επίσης, ανέπτυξε πρωτόκολλα για τη διασπορά των πληροφοριών μεταξύ των διάφορων τομέων της δημόσιας υγείας.

Σύμφωνα με το πνεύμα που εμπνέει το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για τη δημόσια υγεία, το πρόγραμμα EUPHORIC εφάρμοσε τυποποιημένες μεθόδους για τον προσδιορισμό δεικτών εκβάσεως για συγκεκριμένα νοσήματα. Οι δείκτες εκβάσεως

επιτρέπουν την αντικειμενική και αξιόπιστη αξιολόγηση των διαφορών της κατάστασης της υγείας των ασθενών, πριν και μετά την επέμβαση ή τη θεραπεία στην οποία υποβάλλονται [19].

Αντίθετα με τις εξελίξεις στην Ευρώπη, στην Ελλάδα το θέμα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας δεν έχει ουσιαστικά ενταχθεί στις μείζονες προτεραιότητες του εθνικού συστήματος υγείας. Οι βελτιώσεις που πρέπει να γίνουν όσων αφορά την ελληνική πραγματικότητα δεν υποστηρίζονται από κάποια συστηματική και εξειδικευμένη μέθοδο, ούτε κάποια κρατική ή μη, σοβαρή πρωτοβουλία έχει ληφθεί μέχρι τώρα. Αξιόλογες προτάσεις και μελέτες για την αξιολόγησή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα έχουν δημοσιευτεί σε επιστημονικά περιοδικά, μόνο από ακαδημαϊκούς ερευνητές και έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες μόνο από πανεπιστήμια της χώρας μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4Ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

4.1 Περιγραφή αντικειμένου και απώτερου στόχου της εργασίας.

Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας του Νοσοκομειακού τομέα έχει εξελιχθεί σε κεντρικό ζήτημα στα περισσότερα συστήματα υγείας και σταδιακά αναπτύσσονται όλο και περισσότερα εργαλεία αποτίμησης της ποιότητας, των οποίων τα αποτελέσματα συμβάλουν στη θέσπιση προτεραιοτήτων και την ορθολογική λήψη αποφάσεων.

Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό την δημιουργία μιας βάσης δεδομένων δεικτών απόδοσης για την αξιολόγηση του νοσοκομειακού τομέα στην Ελληνική πραγματικότητα και πιο συγκεκριμένα του γενικού νοσοκομείου Λαμίας. Η βάση αυτή μπορεί να αποτελέσει ένα εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας παροχής υπηρεσιών του συγκεκριμένου νοσοκομείου. Στόχος της πρωτοβουλίας αυτής είναι η εξαγωγή τεκμηριωμένων πορισμάτων τα οποία μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για το σχεδιασμό μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας του νοσοκομειακού τομέα.

4.2 Περιγραφή του τρόπου επιλογής και των δεικτών που χρησιμοποιήσαμε.

Κατά το σχεδιασμό και την υλοποίηση της συγκεκριμένης εργασίας ακολουθήθηκαν συγκεκριμένα βήματα. Αρχικά έγινε η επιλογή των δεικτών που χρησιμοποιήθηκαν. Η επιλογή αυτή βασίστηκε στα διαθέσιμα στοιχεία και στις ιδιαιτερότητες του εν λόγω νοσοκομείου. Από έναν μεγάλο αριθμό δεικτών που χρησιμοποιούνται στο χώρο της υγείας δημιουργήθηκε ένας κατάλογος από επιλεγμένους δείκτες ισότητας, αποδοτικότητας, παραγωγικότητας, επάρκειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ποιότητας, προσπελασιμότητας και ισότιμης πρόσβασης καθώς και δείκτες

εκσυγχρονισμού της λειτουργίας και των υποδομών. Για τους δείκτες αυτούς ακολουθεί συνοπτική περιγραφή.

Δείκτες Αποδοτικότητας

Ποσοστό επισκέψεων που πραγματοποιήθηκαν στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (TEI) στο σύνολο των προγραμματισμένων επισκέψεων.

Ο ορθολογικός προγραμματισμός των επισκέψεων στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία κάθε νοσοκομειακής μονάδας, ανάλογα με τις διαθέσιμες υποδομές και το ανθρώπινο δυναμικό συνεπάγεται την παροχή ποιοτικής υγειονομικής φροντίδας για τους ασθενείς, καθώς και την ελαχιστοποίηση του κινδύνου για υποχρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας ή υπέρογκου φόρτου εργασίας για τους εργαζομένους, ανάλογα. Ο δείκτης υπολογίζεται ως ο λόγος του συνόλου των ασθενών που προσήλθαν μετά από προγραμματισμένο ραντεβού για εξέταση στα TEI προς το σύνολο των προγραμματισμένων ραντεβού στα TEI και προτείνεται να υπολογίζεται σε μηνιαία βάση.

Σχέση όγκου παραγωγής προς εισροές.

Ο δείκτης αυτός ανήκει στους σύνθετους δείκτες εκτίμησης της αποδοτικότητας και εκφράζει τον όγκο του παραγόμενου νοσοκομειακού προϊόντος σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους – εισροές [20]. Υπολογίζεται με τον εξής τύπο:

$$Ie = \frac{(Io/Tm)*t}{Pt} * B$$

Όπου:

I_o = ποσοστό κάλυψης των κλινών – πληρότητα

T_m = Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

T = υπό μελέτη χρονικό διάστημα σε ημέρες (μήνας, έτος, κ.α)

B = αριθμός νοσοκομειακών κλινών

Pt = συνολικός αριθμός απασχολούμενων στο νοσοκομείο

Αύξηση των τιμών του δείκτη αντανακλά αύξηση της παραγωγικότητας του νοσοκομείου (εξυπηρέτηση περισσότερων νοσηλευομένων) σε σχέση με τις υπάρχουσες δομές (κλίνες) και το προσωπικό.

Δείκτες Παραγωγικότητας, Επάρκειας Παρεχόμενων Υπηρεσιών και Ορθολογικής Διαχείρισης Πόρων.

Ποσοστό κάλυψης κλινών – Πληρότητα

Η μέτρηση της πληρότητας ενός νοσοκομείου παρέχει πληροφορίες αναφορικά με το βαθμό αξιολόγησης της οικονομικής λειτουργίας του νοσοκομείου. Μεγάλο ποσοστό σταθερών εξόδων σε ένα νοσοκομείο με χαμηλό βαθμό πληρότητας έχει αποτέλεσμα την αντικοινωνική λειτουργία του (μη αποδοτική). Αντίθετα, πολύ υψηλά ποσοστά πληρότητας (πάνω από 90%) σημαίνουν ότι το νοσοκομείο είναι υποχρεωμένο να λειτουργεί υπερεντατικά, γεγονός που διογκώνει το μεταβλητό κόστος με την ανάγκη για υπερωρίες, διπλές βάρδιες κλπ [6].

Η πληρότητα προσδιορίζεται ως το ποσοστό των κατειλημμένων κρεβατιών στο σύνολο των διαθέσιμων κρεβατιών του νοσοκομείου σε μια δεδομένη χρονική στιγμή. Συγκεκριμένα:

$$\Pi = \text{κατειλημμένες κλίνες} / \text{διαθέσιμες κλίνες} * 100$$

Ο συγκεκριμένος δείκτης προτείνεται να υπολογίζεται σε καθημερινή βάση. Αντίστοιχα, για τον υπολογισμό του δείκτη σε μηνιαία ή ετήσια βάση, προτείνεται η εφαρμογή του τύπου:

$$\Pi = \text{σύνολο ημερών νοσηλείας το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα} / \text{υπό μελέτη διάστημα (σε ημέρες)} * \text{διαθέσιμες κλίνες}.$$

Μέση διάρκεια νοσηλείας (Μ.Δ.Ν)

Ο συγκεκριμένος δείκτης μετρά το μέσο αριθμό ημερών που παραμένει κατειλημμένη μια κλίνη για νοσηλεία ασθενών. Σε συνδυασμό με άλλους δείκτες (π.χ ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις) μπορεί να αναδείξει την αναγκαιότητα προγραμματισμού δράσεων (κέντρα αποκατάστασης, μονάδες φροντίδας καρκινοπαθών κτλ.) για μείωση του αριθμού των ημερών νοσηλείας. Υπολογίζεται ως το πηλίκο το αθροίσματος των ημερών νοσηλείας για συγκεκριμένη χρονική περίοδο προς τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών, την ίδια περίοδο σύμφωνα με τον τύπο:

$$\Sigma \text{ ημερών νοσηλείας} / \Sigma \text{ νοσηλευθέντων ασθενών}$$

Ο υπολογισμός του δείκτη προτείνεται να γίνεται κάθε μήνα.

Ρυθμός εισροής (Th)

Ο δείκτης εκτιμά την έκταση της αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής, καθώς προσδιορίζει το ρυθμό με τον οποίο χρησιμοποιούνται τα κρεβάτια σε μια χρονική περίοδο. Εκφράζεται με τον μέσο αριθμό ασθενών που έχουν νοσηλευτεί ανά κλίνη σε προκαθορισμένο διάστημα και υπολογίζεται από τον εξής τύπο:

$$Th = \Sigma \text{ εξιτηρίων} / \Sigma \text{ διαθέσιμων κλινών}$$

Ο δείκτης μπορεί να υπολογίζεται κυλιόμενα, δηλαδή σε μηνιαία βάση για το 12μηνο που λήγει κάθε μήνα. Με αυτόν τον τρόπο, η Διοίκηση θα είναι σε θέση να εντοπίζει έγκαιρα την εμφάνιση «τάσεων» και να επεμβαίνει διορθωτικά.

Διάστημα εναλλαγής (Pe)

Ο δείκτης εκτιμά την ένταση της αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής. Μετρά το ρυθμό εναλλαγής ασθενών ή το μέσο αριθμό ημερών που ένα κρεβάτι μένει κενό και εκφράζεται σε αριθμό ημερών. Τμήματα ή και Νοσοκομεία με μεγάλο διάστημα εναλλαγής χρήζουν επαναπροσδιορισμό της λειτουργίας και της φύσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ο δείκτης μπορεί να εκτιμηθεί με πολλούς τύπους και ενδεικτικά αναφέρονται δύο εξ αυτών:

1^{ος} τύπος: $Pe = (\text{Διαθέσιμες} - \text{Κατειλημμένες κλίνες}) * \text{διάστημα ημερών} / \text{αριθμό εξελθόντων και θανόντων}$

2^{ος} τύπος: $Pe = (\text{Διάστημα ημερών} / \text{Ρυθμό εισροής ασθενών}) - \text{ΜΔΝ}$

Ο δείκτης μπορεί να υπολογίζεται κυλιόμενα, δηλαδή σε μηνιαία βάση για το 12μηνο που λήγει κάθε μήνα. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η Διοίκηση θα είναι σε θέση να εντοπίζει έγκαιρα την εμφάνιση «τάσεων» και να επεμβαίνει διορθωτικά.

Βαθμός αξιοποίησης Μαστογράφου

Με τον προσδιορισμό του παραπάνω δείκτη επιχειρείται η παρακολούθηση της έκτασης και της έντασης αξιοποίησης επιλεγμένων μηχανημάτων βιοϊατρικής τεχνολογίας αιχμής, η οποία θα συμβάλλει στην καλύτερη αξιολόγηση των αναγκών των νοσοκομειακών μονάδων για την προμήθεια νέου εξοπλισμού καθώς και στη διερεύνηση προβλημάτων αναφορικά με τη χρήση του υφιστάμενου εξοπλισμού.

Ορίζεται ως το πηλίκο του συνολικού πλήθους εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν στη διάρκεια κάθε μήνα προς τη μέγιστη δυνατή απόδοση των μηχανημάτων όπως ορίζονται από τις τεχνικές προδιαγραφές του κάθε μηχανήματος. Ενδεικτικά αναφέρεται η μέγιστη σχεδιαστική ικανότητα που αναφέρει ο κατασκευαστής ανά ώρα λειτουργίας σύμφωνα με τα στοιχεία από το Ινστιτούτο Βιοϊατρικής Τεχνολογίας:

Μηχάνημα

Σχεδιαστική ικανότητα / ώρα

Μαστογράφος

3,3

Για τον υπολογισμό της μηνιαίας απόδοσης κάθε μηχανήματος, πολλαπλασιάζουμε το παραπάνω μέγεθος με τις ημερήσιες ώρες λειτουργίας του και στη συνέχεια με τον αριθμό ημερών λειτουργίας του μηχανήματος σε μηνιαία βάση.

Ποσοστό κλινών ΜΕΘ στο σύνολο των κλινών του νοσοκομείου

Η εκτίμηση του παραπάνω δείκτη είναι ιδιαίτερα σημαντική δεδομένης της έλλειψης κλινών ΜΕΘ στο σύνολο των κλινών των δημοσίων νοσοκομείων. Οι κλίνες ΜΕΘ είναι ενδεικτικές της ικανότητας του συστήματος να παρέχει υποστήριξη σε ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση που χρήζουν συνεχούς παρακολούθησης. Επίσης, ο δείκτης είναι ενδεικτικός της παρούσας υποδομής σε εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό.

Ο δείκτης υπολογίζεται ως το σύνολο των κλινών ΜΕΘ του κάθε νοσοκομείου προς το σύνολο των ανεπτυγμένων κλινών * 100 και προτείνεται να εκτιμάται κάθε εξάμηνο. Σημειώνεται ότι το ποσοστό κλινών ΜΕΘ θα πρέπει να αυξηθεί σημαντικά δεδομένου ότι είναι γνωστή η έλλειψη κλινών εντατικής θεραπείας στη χώρα μας.

Ποσοστό κλινών ΜΑΦ στο σύνολο των κλινών του νοσοκομείου

Οι κλίνες ΜΑΦ είναι ενδεικτικές της ικανότητας του συστήματος να παρέχει υποστήριξη σε ασθενείς με ανάγκες αυξημένης φροντίδας (π.χ καρδιοχειρουργικοί ασθενείς). Ο δείκτης υπολογίζεται ως το πηλίκο του συνόλου των κλινών ΜΑΦ του κάθε νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένων των κλινών ΜΑΦ νεογνών, προς το σύνολο των ανεπτυγμένων κλινών * 100 και προτείνεται να εκτιμάται ανά εξάμηνο.

Ιατρικό προσωπικό ανά κλίνη

Ο συγκεκριμένος δείκτης εκφράζει την επάρκεια στελέχωσης των μονάδων υγείας με ιατρικό προσωπικό. Υπολογίζεται ως ο λόγος του πραγματικά υπηρετούντος προσωπικού προς το σύνολο των κλινών κατά μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας επί την πληρότητα. Δηλαδή, Ιατρικό προσωπικό / κλίνη = (σύνολο κλινών * % κάλυψης). Το ποσοστό των κλινών χρησιμοποιείται για να υπολογιστεί η επάρκεια του προσωπικού σε σχέση με την πραγματική ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Η μέτρηση του δείκτη θα γίνεται σε τριμηνιαία βάση.

Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη

Ο δείκτης εκφράζει την επάρκεια και την ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Στο σημείο αυτό να σημειωθεί ότι οπ διαχωρισμός μεταξύ νοσηλευτών και λοιπού προσωπικού νοσηλευτικής υπηρεσίας κρίνεται απαραίτητος, καθώς παρά το ότι πολλές ειδικότητες συμπεριλαμβάνονται στη νοσηλευτική υπηρεσία (π.χ ΥΕ αποτεφρωτών, ΥΕ νεκροτόμων – σαβανωτών, ΥΕ τραυματιοφορέων κτλ), η παροχή των νοσηλευτικών υπηρεσιών θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις οδηγίες των διεθνών οργανισμών (ΟΟΣΑ) από ανάλογα εκπαιδευμένο προσωπικό (149^η διεθνή σύμβαση εργασίας).

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, ως Νοσηλευτές νοούνται οι κάτοχοι πτυχίων ΠΕ και ΤΕ. Από τον υπολογισμό του συνολικού αριθμού των Νοσηλευτών θα πρέπει να εξαιρούνται οι Μαίες καθώς επίσης και οι Βοηθοί Νοσηλευτών. Οι τελευταίοι αναφέρονται σε άτομα τα οποία δεν έχουν λάβει κάποια μορφή μετά – δευτεροβάθμιας (μετα – λυκειακής) εκπαίδευσης ούτε διαθέτουν τον επαγγελματικό τίτλο τους Νοσηλευτή στις χώρες τους. Ανάλογη κατάταξη προκύπτει και με βάση το 1579/1985 (ΦΕΚ 217 Τεύχος Α').

Ωστόσο, και επειδή στη χώρα μας η παροχή των νοσηλευτικών γίνεται σε μεγάλο βαθμό και από την κατηγορία ΔΕ αδελφών νοσοκόμων, προτείνεται για την εκτίμηση της επάρκειας του νοσηλευτικού προσωπικού η δημιουργία του δείκτη Νοσηλευτικό Προσωπικό / κλίνη, όπου θα συμπεριλαμβάνεται και η κατηγορία ΔΕ αδελφών νοσοκόμων παρότι οι τελευταίοι δεν κατέχουν τον επαγγελματικό τίτλο του νοσηλευτή. Προκειμένου να εκτιμηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών θα πρέπει να υπολογίζεται χωριστά ο δείκτης Νοσηλευτές / κλίνη, όπου θα συμπεριλαμβάνονται μόνο οι Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ.

Ο δείκτης υπολογίζεται ως ο λόγος του πραγματικά υπηρετούντος νοσηλευτικού προσωπικού προς το σύνολο των κλινών επί την πληρότητα:

Νοσηλευτικό προσωπικό / κλίνη = Νοσηλευτικό προσωπικό / (σύνολο κλινών * πληρότητα)

Η πληρότητα χρησιμοποιείται για να υπολογιστεί η επάρκεια του προσωπικού σε σχέση με την πραγματική ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Ο δείκτης θα υπολογίζεται ανά τρίμηνο.

Ποσοστό λοιπού προσωπικού στο σύνολο του προσωπικού

Ο δείκτης χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της ποιοτικής σύνθεσης του προσωπικού που στελεχώνει τα νοσοκομεία και ειδικότερα αφορά στην αναλογία του λοιπού προσωπικού (δηλαδή όλο το προσωπικό πλην του ιατρικού και νοσηλευτικού) στο σύνολο του προσωπικού των νοσοκομείων.

Σύνολο μη τακτικών αδειών ανά 100 εργαζόμενους

Ο δείκτης έχει ως στόχο τη μέτρηση της πραγματικής διαθεσιμότητας του προσωπικού στις μονάδες υγείας και είναι ενδεικτικός του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η εκτίμηση του αριθμού των μη τακτικών αδειών είναι απαραίτητη καθώς οι τελευταίες δυσχεραίνουν το έργο της διοίκησης. Επιπλέον, η συγκριτική ανάλυση του αριθμού των μη τακτικών αδειών μεταξύ τμημάτων του ίδιου νοσοκομείου ή μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων οδηγεί σε κάποια αδρά συμπεράσματα αναφορικά με το φόρτο (π.χ επαγγελματική εξουθένωση) και την ικανοποίηση από την εργασία που απολαμβάνουν οι εργαζόμενοι σε κάθε τμήμα ή νοσοκομείο.

Ο δείκτης ορίζεται ως το σύνολο των μη τακτικών αδειών (συνολικός αριθμός ημερών) ανά επαγγελματική κατηγορία (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό) ανά 100 εργαζομένους της αυτής επαγγελματικής κατηγορίας. Ως μη τακτικές άδειες ορίζονται οι βραχυπρόθεσμες άδειες του προσωπικού (έως δέκα

ημερών). Ο υπολογισμός του συγκεκριμένου δείκτη προτείνεται να γίνεται ανά τρίμηνο.

Ενδονοσοκομειακή θνητότητα από Οξύ Έμφραγμα το Μυοκαρδίου (OEM)

Το OEM συγκαταλέγεται στα νοσήματα που χαρακτηρίζονται από συνεχώς αυξανόμενο επιπολασμό και προκαλεί σημαντική κοινωνικοοικονομική επιβάρυνση. Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα από OEM αντανακλά ως ένα βαθμό την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ως εκ τούτου χρησιμοποιείται ευρέως για τη σύγκριση της αποδοτικότητας νοσοκομείων σε χώρες με προηγούμενα υγειονομικά συστήματα (π.χ ΗΠΑ). Σε χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ θνητότητα της τάξης του 100% και κάτω θεωρείται ικανοποιητική, ανάλογα πάντα με τη βαρύτητα των περιστατικών.

Υπολογίζεται ως το πηλίκο του αριθμού θανάτων από OEM, που σημειώνεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (είτε εισήχθησαν με καρδιολογική διάγνωση είτε όχι), προς τον αριθμό των εισελθόντων * 100. Ο υπολογισμός του δείκτη θα γίνεται ανά εξάμηνο.

Πλήθος ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων στο σύνολο των νοσηλευθέντων

Η καταγραφή του αριθμού των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων αποτελεί σημαντικό δείκτη για την εκτίμηση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των παρεχομένων νοσοκομειακών υπηρεσιών, αφενός μεν γιατί σχετίζεται με την ασφάλεια των νοσηλευομένων αφετέρου δε γιατί συνδέεται με μεγάλο κόστος αντιμετώπισης και παρατεταμένη παραμονή στις υγειονομικές μονάδες.

Ο δείκτης υπολογίζεται ως το πηλίκο του αριθμού των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων που καταγράφηκαν μία συγκεκριμένη ημέρα προς τον αριθμό των ασθενών την ημέρα της καταγραφής. Μέγιστη δυνατή μείωση των τιμών του δείκτη αποτελεί ένδειξη αποτελεσματικής παροχής υπηρεσιών.

Σημειώνεται ότι κατά τη διαδικασία καταγραφής των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων τα νοσοκομεία θα πρέπει να ακολουθήσουν τις οδηγίες που εκδίδει το Κ.Ε.Ε.Λ αναφορικά με την περιοδικότητα και τον τρόπο συλλογής των στοιχείων.

Πλήθος εργατικών ατυχημάτων ανά 100 εργαζόμενους

Ο δείκτης αφορά σε ατυχήματα που οδηγούν σε απουσία μίας τουλάχιστον ημέρας από την εργασία και αξιολογεί την ασφάλεια στο χώρο εργασίας.

Ο δείκτης υπολογίζεται ως ο λόγος του συνολικού αριθμού των εργατικών ατυχημάτων που συνέβησαν στο χώρο της νοσοκομειακής μονάδας κατά τη διάρκεια της εργασίας ανά επαγγελματική κατηγορία (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό) ανά 100 εργαζόμενους της αυτής επαγγελματικής κατηγορίας. Ο δείκτης θα πρέπει να μετράται σε τριμηνιαία βάση. Σε περίπτωση αδυναμίας συγκέντρωση των στοιχείων για κάθε κατηγορία εργαζομένων χωριστά, προτείνεται η αδρή εκτίμηση του δείκτη με τον προσδιορισμό του συνολικού αριθμού εργατικών ατυχημάτων στο τρίμηνο ανά 1000 εργαζόμενους.

Δείκτες Προσπελασιμότητας και Ισότητας Πρόσβασης

Η έννοια της προσπελασιμότητας (accessibility) και της ισότητας πρόσβασης (equity) αφορούν στη δυνατότητα των χρηστών να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο σύμφωνα με τις ανάγκες τους. Για το λόγο αυτό, η μέτρησή τους αποτελεί ουσιαστική διάσταση της αξιολόγησης της λειτουργίας των συστημάτων υγείας στις περισσότερες χώρες που έχουν αναπτύξει ανάλογους μηχανισμούς (Αυστραλία, Καναδάς, Μεγάλη Βρετανία, Δανία, Ολλανδία κτλ.). Στη χώρα μας μέχρι σήμερα δεν έχει επιχειρηθεί η εκτίμηση της παραπάνω διάστασης μέσα από μία αντικειμενική καταγραφή των πληροφοριών που προκύπτουν από την χρήση των υπηρεσιών υγείας και για το λόγο αυτό στην παρούσα μελέτη προτείνεται η εκτίμηση και διαχρονική παρακολούθηση των παρακάτω δεικτών [6]:

Μέγιστος χρόνος αναμονής για εισαγωγή στο νοσοκομείο: α) στο χειρουργικό τομέα, β) στον παθολογικό τομέα, γ) στα εξωτερικά ιατρεία

Με την εκτίμηση των παραπάνω δεικτών επιχειρείται η μέγιστη δυνατή μείωση του χρόνου αναμονής για εισαγωγή – επίσκεψη στις υγειονομικές μονάδες με βάση την υπάρχουσα υποδομή, καθώς και η παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων ενίσχυσης των υποδομών και των πόρων ως προς την βελτίωση του χρόνου εισαγωγής των ασθενών.

Υπολογίζεται ως ο μέγιστος αριθμός ημερών που μεσολαβούν από την ημερομηνία εγγραφής στη λίστα αναμονής για εισαγωγή – επίσκεψη σε κάθε ένα από τα παραπάνω τμήματα του νοσοκομείου έως την ημερομηνία εισαγωγής. Η ανανέωση του δείκτη ορίζεται να γίνεται ανά τρίμηνο.

Μέγιστος χρόνος αναμονής για συγκεκριμένες εξετάσεις στα Εξωτερικά Ιατρεία

Σκοπός της μέτρησης του δείκτη είναι η αξιολόγηση του βαθμού αξιοποίησης της ιατρικής τεχνολογίας (η οποία σημειώνεται ότι είναι ιδιαίτερα δαπανηρή) και του βαθμού ανταπόκρισης των νοσοκομείων στην υπάρχουσα ζήτηση. Αφορά στις ιατρικές εξετάσεις – παρεμβάσεις μετά από προγραμματισμένο ραντεβού.

Υπολογίζεται ως ο μέγιστος αριθμός ημερών που μεσολαβεί από την ημέρα που έχει εκδηλωθεί η ζήτηση (κλείσιμο ραντεβού) έως την ημέρα που πραγματοποιείται η εξέταση – παρέμβαση. Ο υπολογισμός του δείκτη προτείνεται να γίνεται σε μηνιαία βάση.

Ο χρόνος αναμονής περιλαμβάνει τι παρακάτω εξετάσεις:

- Αξονική τομογραφία
- Μαγνητική τομογραφία
- Γ – κάμερα
- Γραμμικός επιταχυντής
- Κοβάλτιο
- Μαστογραφία
- Μέτρηση οστικής πυκνότητας

Μείωση του μέγιστου χρόνου αναμονής (έως δύο μήνες) για διενέργεια εξέτασης αποτελεί ένδειξη άμεσης ανταπόκρισης των νοσοκομειακών μονάδων στη ζήτηση για παροχή φροντίδας.

Μέγιστος χρόνος αναμονής για νοσηλεία στη Βραχεία Νοσηλεία

Στόχος του συγκεκριμένου δείκτη είναι η επίτευξη του βέλτιστου δυνατού χρόνου για παροχή υπηρεσιών σε καινοτόμες δομές που έχουν συνδυαστεί με παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας και οικονομικά οφέλη, όπως η Βραχεία Νοσηλεία των Νοσοκομείων, με απώτερο στόχο τον προγραμματισμό ενεργειών για την ενίσχυση αυτών των δομών.

Υπολογίζεται ως ο μέγιστος αριθμός ημερών που μεσολαβεί από την ημέρα που έχει εκδηλωθεί η ζήτηση (κλείσιμο ραντεβού) έως την ημέρα που πραγματοποιείται η νοσηλεία στο εν λόγω τμήμα. Ο υπολογισμός του δείκτη θα γίνεται σε μηνιαία βάση.

Ποσοστό αναβληθέντων χειρουργείων στο σύνολο των προγραμματισμένων χειρουργείων

Ο προσδιορισμός του αριθμού των αναβολών των προγραμματισμένων χειρουργείων αποτελεί μέτρο εκτίμησης της αποτελεσματικής και ποιοτικής παροχής φροντίδας καθώς τα αναβληθέντα χειρουργεία προκαλούν αφ' ενός μεν άγχος στους ασθενείς που μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση υγείας τους και αφετέρου αποδιοργάνωση του προγράμματος στις αίθουσες των χειρουργείων.

Ο δείκτης ορίζεται ως ο λόγος του αριθμού των επεμβάσεων που αναβλήθηκαν προς το συνολικό αριθμό των προγραμματισμένων χειρουργείων και προτείνεται να υπολογίζεται σε μηνιαία βάση.

Σημειώνεται βέβαια ότι πληρέστερη εικόνα αναφορικά με τον εύστοχο προγραμματισμό των χειρουργείων θα είχαμε στην περίπτωση που ήταν εφικτή η καταγραφή των αναβληθέντων χειρουργείων από μη ιατρογενή αίτια, πληροφορία, ωστόσο επί του παρόντος είναι αδύνατο να συλλεχθεί, καθώς το σύνολο σχεδόν των αναβληθέντων χειρουργείων καταγράφεται ως ιατρογενούς αιτίας.

Δείκτες Εκσυγχρονισμού της Λειτουργίας και των Υποδομών

Σημαντικό κριτήριο για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας αποτελεί και το κριτήριο δομής που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της επάρκειας και ποιότητας της διαθέσιμης υλικοτεχνικής υποδομής των υπηρεσιών υγείας [21]. Η ξενοδοχειακή υποδομή των υπηρεσιών υγείας, όπως αυτή εκφράζεται από το μέγεθος των θαλάμων, τον επαρκή αριθμό κλινών, τον ελεύθερο χώρο, το είδος και την κατάσταση του εξοπλισμού, τη διατροφή και την καθαριότητα, αποτελεί σημαντική παράμετρο της φροντίδας που αξιολογείται από τους ασθενείς – χρήστες.

Μάλιστα, η εκτίμηση της παροχής ξενοδοχειακών υπηρεσιών ασκεί αρκετές φορές την πλέον σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της συνολικής εικόνας για την παροχή υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς – χρήστες, καθώς οι τελευταίοι μπορούν να διαπιστώσουν με μεγαλύτερη ευκολία το βαθμό επάρκειας αυτού του είδους των υπηρεσιών, σε σχέση με τις αντίστοιχες ιατρικές και νοσηλευτικές. Στο πλαίσιο αυτό, και με δεδομένες τις τεκμηριωμένες ελλείψεις στον τομέα αυτό στα ελληνικά νοσοκομεία, η καθιέρωση πολιτισμένων και άνετων συνθηκών διαβίωσης στο περιβάλλον των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, καθίσταται κάτι παραπάνω από επιτακτική.

Ο εκσυγχρονισμός των υγειονομικών υποδομών προϋποθέτει εκτός των άλλων και τη διάκριση των κλινών σε οξείας και μακράς διάρκειας νοσηλείας, ανάλογα με τη φύση του περιστατικού. Οι κλίνες μακράς νοσηλείας είναι ενδεικτικές της ικανότητας του συστήματος να παρέχει υποστήριξη σε χρονίως πάσχοντες και σε άτομα με αναπηρία που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Η έλλειψη κλινών της κατηγορίας αυτής ενέχει κοινωνικές διαστάσεις καθώς προκαλεί πρόσθετη επιβάρυνση στη οικογένεια του πάσχοντος. Με δεδομένο το συνεχώς αυξανόμενο προσδόκιμο ζωής οι μελλοντικές ανάγκες σε κλίνες της κατηγορίας αυτής αναμένεται να είναι ιδιαίτερα αυξημένες.

Στη χώρα μας μάλιστα, όπου το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης είναι ιδιαίτερα έντονο, οι δομές φροντίδας χρονίων πασχόντων είναι ελλιπείς. Στις εξειδικευμένες αυτές υποδομές, όπου το κόστος λειτουργίας ανέρχεται στο 1/3 αυτού

των νοσοκομειακών υποδομών, είναι δυνατή η παροχή εξειδικευμένης φροντίδας και η παράταση της λειτουργικής αποκατάστασης των χρονίως πασχόντων, ώστε οι καθαυτό κλίνες οξείας νοσηλείας να καταλαμβάνονται από οξέα περιστατικά που χρήζουν άμεσης φροντίδας.

Αναφορικά με την αξιολόγηση του εκσυγχρονισμού των υποδομών των Ελληνικών Νοσοκομείων, στην παρούσα μελέτη προτείνεται η εκτίμηση και η διαχρονική παρακολούθηση του παρακάτω δείκτη:

Ποσοστό μονόκλινων και δίκλινων θαλάμων στο σύνολο των θαλάμων

Ο δείκτης αποτυπώνει την ποιότητα της ξενοδοχειακής υποδομής στα νοσοκομεία και συντελεί στο να τεθούν οι μεσοπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι στόχοι για την βελτίωση της φροντίδας αναφορικά με την ξενοδοχειακή συνιστώσα της νοσηλείας.

Υπολογίζεται ως ο λόγος του συνολικού αριθμού των μονόκλινων και δίκλινων θαλάμων του κάθε νοσοκομείου προς το συνολικό αριθμό θαλάμων που υπάρχουν στο ίδιο νοσοκομείο * 100, σε εξαμηνιαία βάση.

4.3 Περιγραφή του τρόπου συλλογής των πρωτογενών δεδομένων

Προκειμένου λοιπόν, να γίνει εφικτή η εφαρμογή των παραπάνω δεικτών, δημιουργήθηκε μια ηλεκτρονική βάση δεδομένων όπου καταχωρήθηκαν φόρμες συλλογής πρωτογενών δεδομένων που αφορούν τα λειτουργικά μεγέθη του γενικού νοσοκομείου Λαμίας.

Προς την κατεύθυνση αυτή δημιουργήθηκαν έντυπες και ηλεκτρονικές φόρμες συλλογής δεδομένων, προσαρμοσμένες ειδικά στα χαρακτηριστικά του γενικού νοσοκομείου Λαμίας και συμπληρώθηκαν από τους υπεύθυνους των νοσηλευτικών τμημάτων. Συγκεκριμένα, η συλλογή των πρωτογενών δεδομένων που αντιστοιχούν στη χρονική περίοδο του έτους 2008, έγινε από τα παρακάτω τμήματα:

- i. την γραμματεία των εξωτερικών ιατρείων
- ii. το γραφείο κίνησης των ασθενών
- iii. το ακτινολογικό τμήμα
- iv. το καρδιολογικό τμήμα
- v. τις διοικητικές υπηρεσίες του νοσηλευτικού τμήματος
- vi. το τμήμα έρευνας και πληροφορικής

Για την ελεύθερη πρόσβαση στους χώρους του νοσοκομείου και την παραχώρηση όλων των στοιχείων, χορηγήθηκε άδεια από το ΕΚΕΠΥ και με εντολή της διοίκησης του νοσοκομείου ενημερώθηκαν οι υπεύθυνοι των τμημάτων για την εξασφάλιση της συνεργασίας και τη διάθεση του απαιτούμενου υλικού. Αν και προς αυτή την κατεύθυνση υπήρξε μεγάλη προθυμία συνεργασίας, ωστόσο, παρουσιάστηκαν σημαντικές δυσκολίες στη συλλογή ορισμένων πρωτογενών δεδομένων, λόγω έλλειψης μηχανογράφησης και πληροφοριακής υποδομής, με αποτέλεσμα την καθυστερημένη καταχώρηση των δεδομένων.

Επίσης, ένα άλλο πρόβλημα που παρουσιάστηκε ήταν η μη χορήγηση κάποιων πρωτογενών δεδομένων, λόγω έλλειψης καταγραφής τους από την πλευρά του νοσοκομείου ή εξαιτίας μη δυνατότητας παραχώρησής τους (ευαίσθητα δεδομένα) όπως για παράδειγμα ο αριθμός ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και ο αριθμός των εργατικών ατυχημάτων που συνέβησαν στο χώρο του νοσοκομείου. Κατά συνέπεια δεν κατέστη εφικτός ο υπολογισμός των αντιστοίχων δεικτών. Παρόλα αυτά, οι εν λόγω δείκτες συμπεριλαμβάνονται στη βάση δεδομένων και δίνεται η δυνατότητα μελλοντικής καταχώρησης των πρωτογενών δεδομένων τα οποία οδηγούν στον υπολογισμό τους.

5.1 Περιγραφή του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας.

Το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας στεγάζεται σε ένα σύγχρονο κτηριακό συγκρότημα συνολικού εμβαδού 41.400 m², εντός οικοπέδου 73.848 m², κτισμένο στην περιοχή «Ταράτσα», στον περιβάλλοντα χώρο του πρώην Σανατορίου και βορείως αυτού. Θεμελιώθηκε στις 7 Ιουλίου 1998. Μετά από πολλές και πολύχρονες κατασκευαστικές περιπέτειες, κατόρθωσε να ολοκληρωθεί και να παραδοθεί από την ανάδοχο εταιρεία διοικητικά και σε λειτουργία σταδιακά από 20 Ιουλίου έως 25 Αυγούστου 2006. Αντίστοιχα, σταδιακά έγινε και η μεταφορά των κλινικών, τμημάτων και εργαστηρίων η οποία ολοκληρώθηκε στις 9 Σεπτεμβρίου 2006 χωρίς κανένα πρόβλημα. Τα εγκαίνια τελέστηκαν στις 7 Δεκεμβρίου του ίδιου έτους¹.

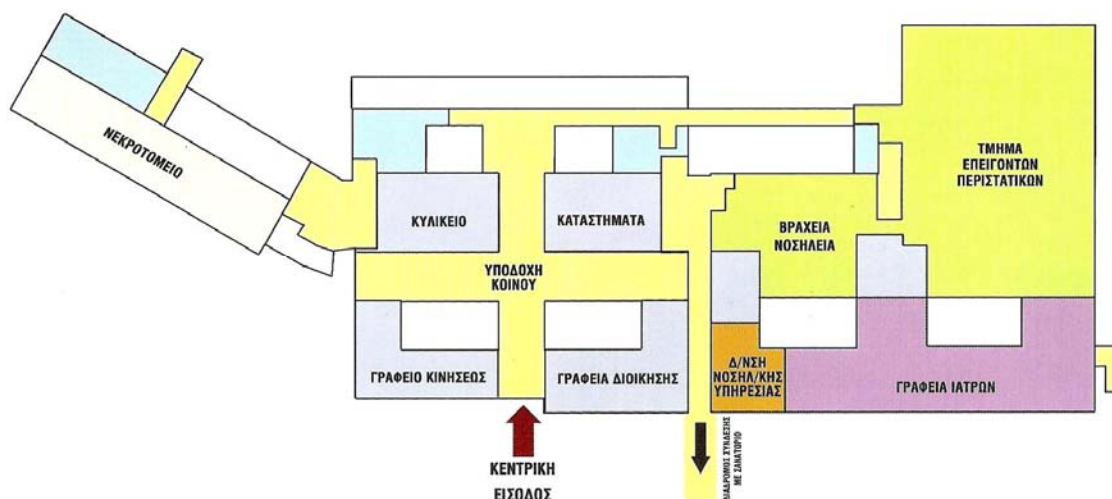
Το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας διαθέτει άρτιες κτηριακές δομές και τον πλέον σύγχρονο ιατροτεχνολογικό και μηχανολογικό εξοπλισμό. Αναπτύσσεται σήμερα σε 302 κλίνες, ενώ διαθέτει υποδομή 450 κλινών συνολικά. Η πρόσβαση στο Νοσοκομείο γίνεται: α) μέσω του κυρίου οδικού δικτύου της πόλης από τις οδούς Υψηλάντου – Παπασιοπούλου. β) μέσω της παλαιάς εθνικής οδού Αθηνών – Λαμίας – Δομοκού. γ) με αστική συγκοινωνία, με αφετηρία την Πλατεία Πάρκου και τέρμα το Νοσοκομείο [22].

¹ Στις 7 Δεκεμβρίου 2006, ημέρα Πέμπτη, ο Υπουργός Υγείας κ. Δημήτρης Αβραμόπουλος και ο αρμόδιος Υφυπουργός κ. Αθανάσιος Γιαννόπουλος εγκαινίασαν το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας.

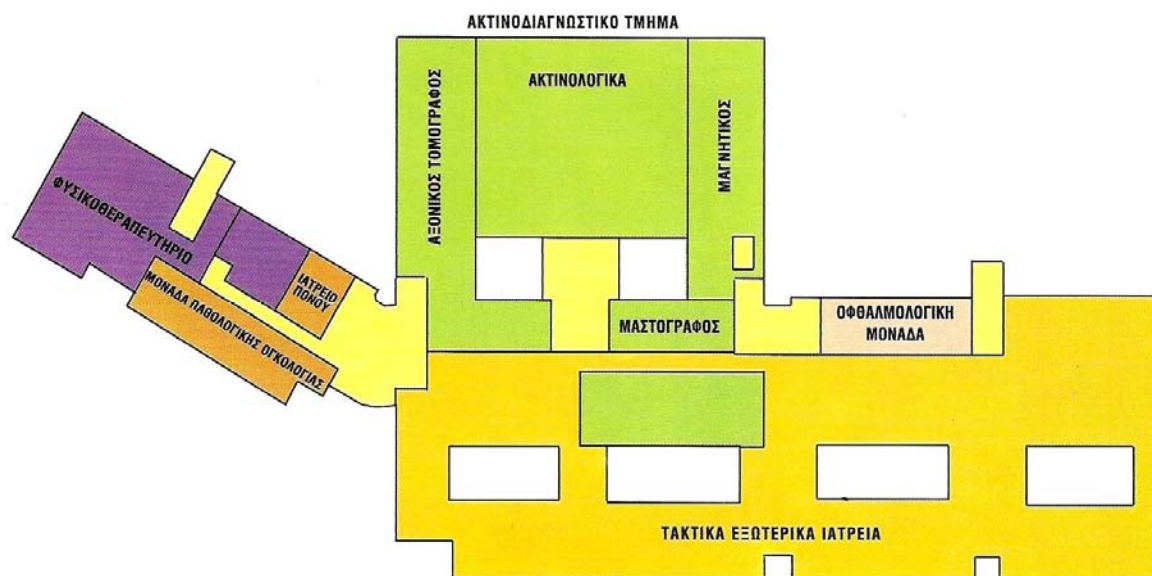
5.2 Παρουσίαση – Χωροταξική περιγραφή των τμημάτων του νοσοκομείου.

Η αρχιτεκτονική διάταξη του νοσοκομείου είναι πολύπλοκο έργο διότι πρέπει να ικανοποιεί όχι μόνο λειτουργικά τη διεκπεραίωση των νοσηλευτικών εργασιών, αλλά να βοηθά και ψυχολογικά εξυπηρετούμενους και εργαζομένους. Δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο σε διεθνή κλίμακα διότι κάθε χώρα έχει τις δικές της ιδιαιτερότητες. Η χωροταξική οργάνωση του Γ.Ν.Α τηρεί τις προδιαγραφές κατασκευής ενός σύγχρονου νοσοκομείου, παρέχει ασφάλεια στους ασθενείς και εργαζομένους και η σχέση των χώρων των νοσηλευτών με τους χώρους των ασθενών και τους κοινόχρηστους χώρους είναι κατάλληλη για την αντιμετώπιση των αναγκών. Ακριβώς από κάτω παραθέτουμε σε λεπτομερείς κατόψεις την οργανωτική δομή ανά όροφο [22]:

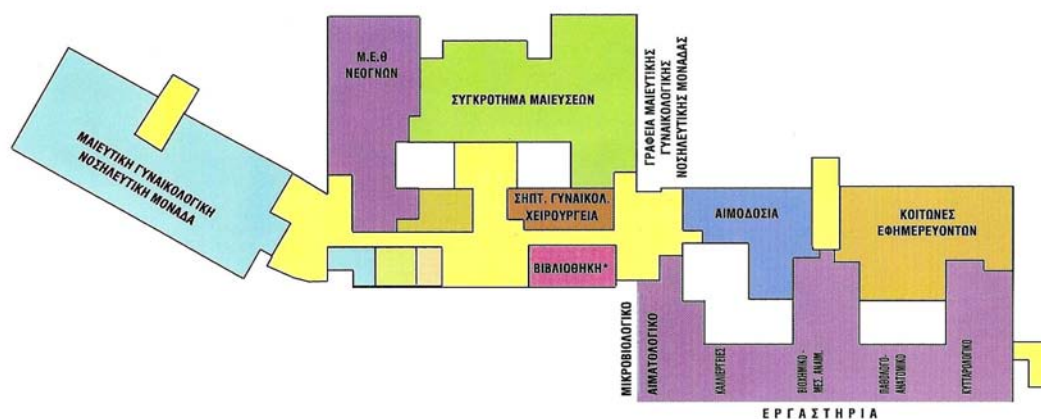
ΙΣΟΓΕΙΟ : (ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ – ΒΡΑΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ – ΓΡΑΦΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ – ΚΥΛΙΚΕΙΟ – ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ – ΓΡΑΦΕΙΟ ΚΙΝΗΣΗΣ – ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ – ΤΗΛ.ΚΕΝΤΡΟ – ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΘΗΚΗ – ΝΕΚΡΟΤΟΜΕΙΟ)



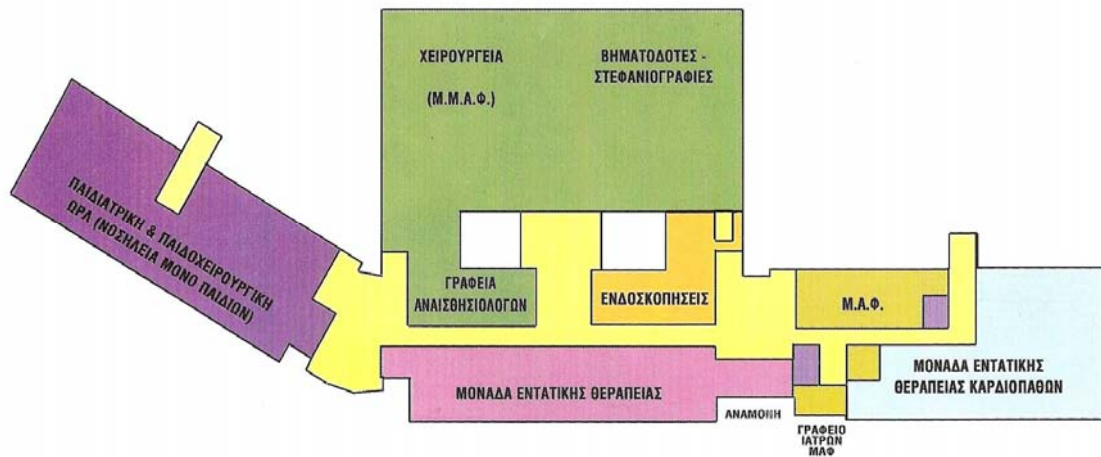
1^{ος} ΟΡΟΦΟΣ : (ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ – ΗΜΕΡΙΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ – ΑΞΟΝΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ – ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ – ΜΟΝΑΔΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ – ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΑΝΑΨΥΚΤΗΡΙΟ)



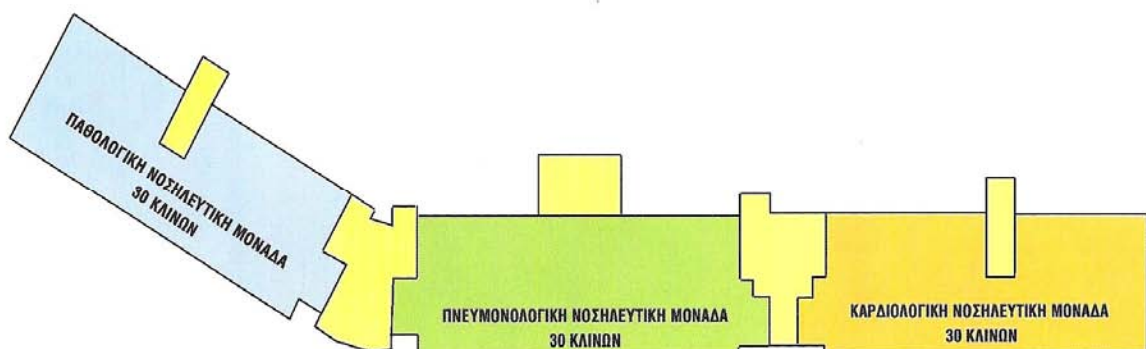
2^{ος} ΟΡΟΦΟΣ : (ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ – ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ – ΚΟΙΤΩΝΕΣ – ΕΦΗΜΕΡΕΥΟΝΤΩΝ – ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ – ΓΡΑΦΕΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ – ΜΕΘ.ΝΕΟΓΝΩΝ – ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ – ΣΗΠΤΙΚΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ – ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ)



4^{ος} ΟΡΟΦΟΣ : (ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ 8 ΚΛΙΝΩΝ – ΜΑΦ 7 ΚΛΙΝΩΝ – ΜΕΘ 8 ΚΛΙΝΩΝ – ΜΑΑΦ 8 ΚΛΙΝΩΝ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ – ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ – ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ – ΠΑΙΔΟΩΡΛ)



5^{ος} ΟΡΟΦΟΣ : (ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ – ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ – ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ)



6^{ος} ΟΡΟΦΟΣ : (ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ
– ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ – ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ – ΩΡΛ)



Επιπλέον χώροι του Νοσοκομείου για τους οποίους δεν υπάρχει διαθέσιμο σχετικό διάγραμμα και στους οποίους δεν στεγάζεται κάποια κλινική ή κάποιο ιατρικό εργαστήριο είναι: το Υπόγειο 2 όπου βρίσκονται το μηχανοστάσιο καθώς και τα πλυντήρια, το Υπόγειο 1 όπου στεγάζονται το φαρμακείο, τα αποδυτήρια, τα μαγειρεία, το εστιατόριο κοινού, η αποστείρωση, η τεχνική υπηρεσία και η αποθήκη και τέλος, ο 3^{ος} όροφος όπου και βρίσκονται οι μηχανολογικές εγκαταστάσεις του Νοσοκομείου.

5.3 Η βάση δεδομένων Microsoft Access.

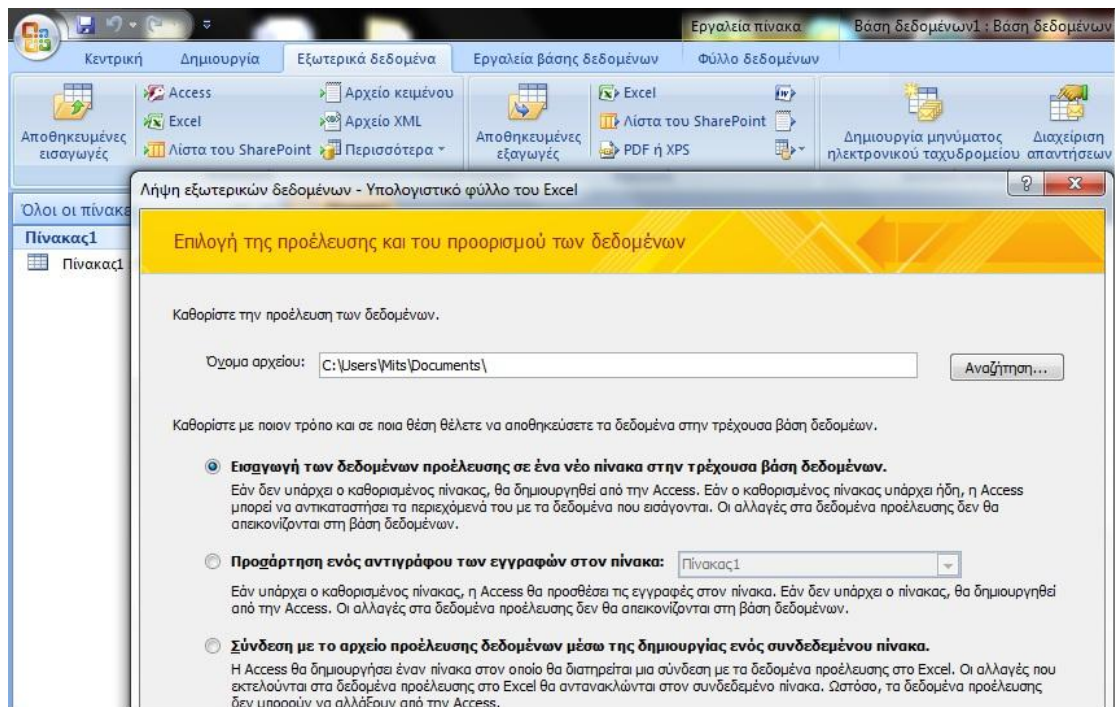
Η Microsoft Access είναι ένα από τα πιο δημοφιλή προγράμματα διαχείρισης βάσεων δεδομένων που κυκλοφορούν στην αγορά. Η μεγάλη διάδοσή της, τα τελευταία χρόνια, οφείλεται στην απλότητα και ευκολία στη χρήση της, καθώς και στη δυνατότητα της να δημιουργεί εφαρμογές διαχείρισης βάσεων δεδομένων σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα. Το συγκεκριμένο μοντέλο βάσης επιτρέπει τη δημιουργία βάσεων που στηρίζονται στο σχεσιακό μοντέλο (relational database model).

5.4 Περιγραφή βημάτων υλοποίησης.

Η λειτουργία της συγκεκριμένης βάσης δεδομένων βασίζεται σε μια απλή και συγχρόνως κλασσική φιλοσοφία βημάτων σε ό,τι αφορά στο συγκεκριμένο εργαλείο του Microsoft Office. Πιο συγκεκριμένα, αρχικά εισαγάγαμε πρωτογενή δεδομένα με τη μορφή πινάκων. Κατόπιν, τα δεδομένα αυτά χρησιμοποιήθηκαν από ερωτήματα (queries) με σκοπό τον υπολογισμό των δεικτών αξιολόγησης. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν κατηγοριοποιήθηκαν αναλόγως και καταχωρήθηκαν σε φόρμες για την καλύτερη και πιο εύχρηστη παρουσίαση στο χρήστη. Τέλος, δημιουργήθηκαν και οι αντίστοιχες εκθέσεις, οι οποίες εμφανίζουν συγκεντρωτικά το σύνολο των αποτελεσμάτων στην πάροδο του χρόνου και δίνουν τη δυνατότητα εκτύπωσής τους. Όλα τα στάδια της υλοποίησης θα τα δούμε αναλυτικά στη συνέχεια.

5.5 Εισαγωγή εξωτερικών δεδομένων.

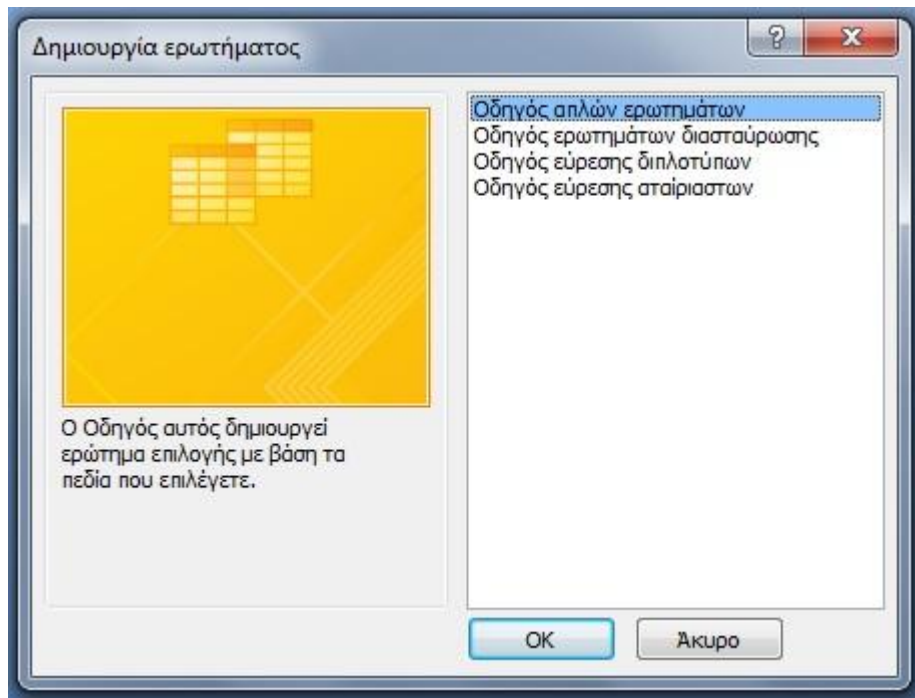
Στο πρώτο στάδιο, μετατρέψαμε το σύνολο των πρωτογενών δεδομένων που επρόκειτο να χρησιμοποιήσουμε, από τις διάφορες έντυπες μορφές που μας δόθηκαν, σε ηλεκτρονική μορφή, ώστε να μπορέσουμε να τα επεξεργαστούμε. Αυτό έγινε μέσω ενός άλλου βασικού προγράμματος του Office, το γνωστό Microsoft Excel, και συγκεκριμένα με τη μορφή πινάκων οι οποίοι στη συνέχεια εισήχθησαν αυτούσιοι και με σχετική ευκολία στην Access, δεδομένου ότι η συνεργασία των δύο αυτών προγραμμάτων μας δίνει αυτή τη δυνατότητα. Οι συγκεκριμένοι πίνακες εκτός του ότι περιέχουν τα προκαταχωρημένα δεδομένα, στα οποία βασίστηκε ο υπολογισμός των δεικτών που σχολιάσαμε, αποτελούν και μέσο αποθήκευσης μελλοντικών εγγραφών εφόσον προσφέρουν τη δυνατότητα νέων καταχωρήσεων, κάτι, το οποίο αποτελεί τη βάση για την λειτουργία του προγράμματός μας και που, όπως θα δούμε παρακάτω, γίνεται εύκολα και φιλικά ως προς τον χρήστη με τη χρήση μιας ειδικά διαμορφωμένης φόρμας.



Εικόνα 5.1: Λήψη εξωτερικών δεδομένων από υπολογιστικό φύλλο του Excel.

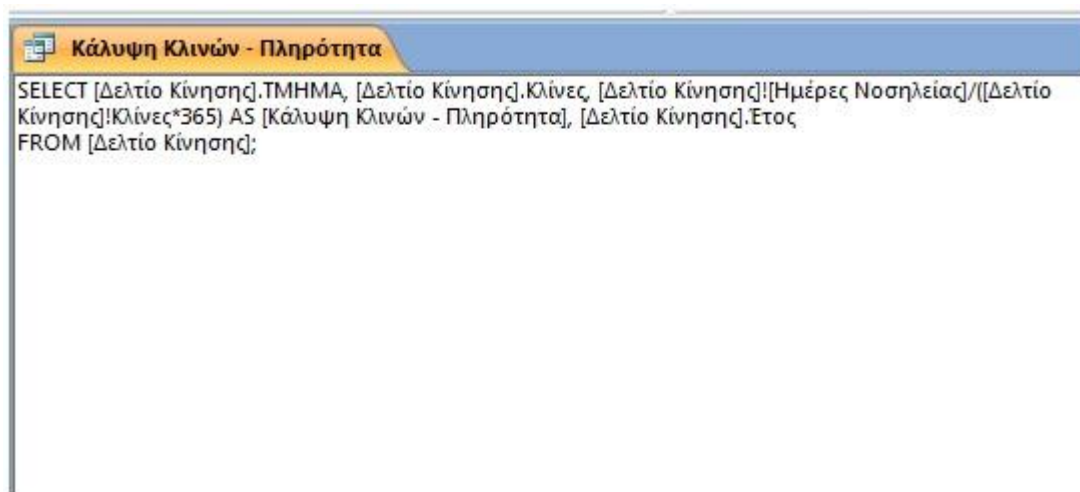
5.6 Δημιουργία ερωτημάτων

Στο δεύτερο στάδιο, το οποίο είναι και αυτό με τον μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας ως προς την υλοποίησή του, δημιουργήθηκαν τα ερωτήματα (queries) χρησιμοποιώντας τη γλώσσα προγραμματισμού SQL. Τα ερωτήματα του χρήστη προς τη βάση, προκειμένου να ανακτήσει και να επεξεργαστεί αποθηκευμένα δεδομένα, τα οποία χαρακτηρίζονται από συγκεκριμένα κριτήρια, μπορούν να δημιουργηθούν με τον οδηγό ερωτημάτων (query wizard) του προγράμματος.



Εικόνα 5.2: Οδηγός ερωτημάτων Microsoft Access.

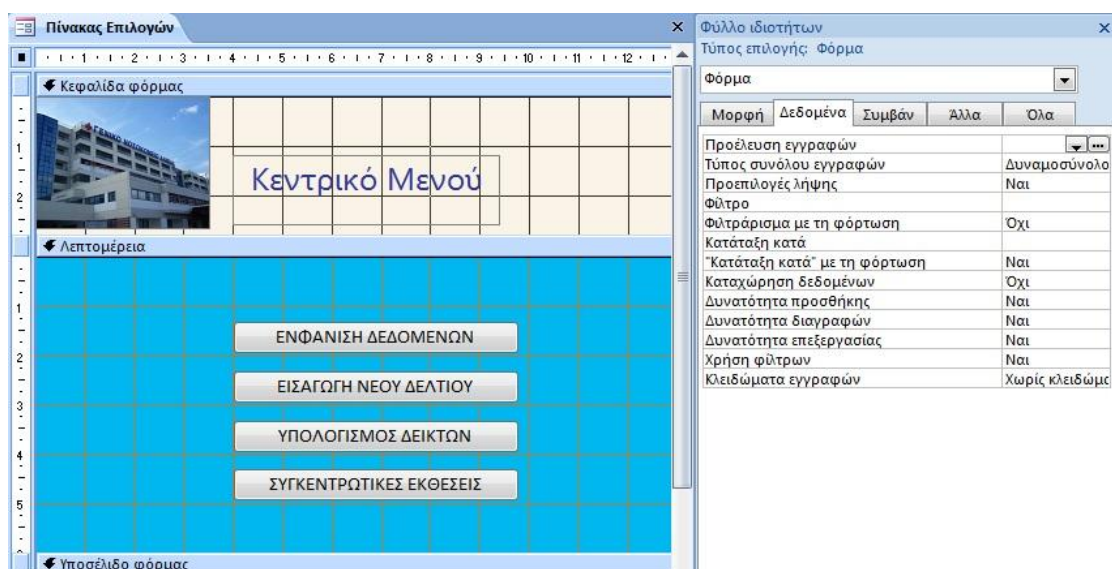
Για τον υπολογισμό των δεικτών τελούνται μαθηματικές πράξεις, οι οποίες χρησιμοποιούν ως αριθμούς τα πρωτογενή δεδομένα που έχουν καταχωρηθεί στα πεδία των πινάκων που έχουμε εισαγάγει. Για τις ανάγκες του συγκεκριμένου προγράμματος χρησιμοποιήθηκαν οι πράξεις του πολλαπλασιασμού, της διαίρεσης και της προσθαφαίρεσης και μόνον αυτές. Προκειμένου λοιπόν η Access να μπορέσει να διαβάσει αυτές τις πράξεις μεταξύ των πεδίων των πινάκων και να τις υλοποιήσει χρειάστηκε η ανάπτυξη εντολών σε SQL κώδικα.



Εικόνα 5.3: Εντολές SQL για τον υπολογισμό του δείκτη Πληρότητας.

5.7 Κατασκευή μενού πλοήγησης.

Στο τρίτο στάδιο, δημιουργήθηκαν φόρμες (forms). Η βασική λειτουργία των φορμών σε μια εφαρμογή της Microsoft Access, είναι η διευκόλυνση που παρέχουν στο χρήστη, όσον αφορά την αλληλεπίδρασή του με την εφαρμογή. Χρησιμοποιώντας την επιλογή της σχεδίασης φόρμας από τη βασική γραμμή εργαλείων του προγράμματος, μπορούμε, μέσα από ένα εύχρηστο και φιλικό περιβάλλον, να σχεδιάσουμε τη δομή και να καθορίσουμε τα χαρακτηριστικά στοιχεία της φόρμας.



Εικόνα 5.4: Επεξεργασία φόρμας σε προβολή σχεδίασης.

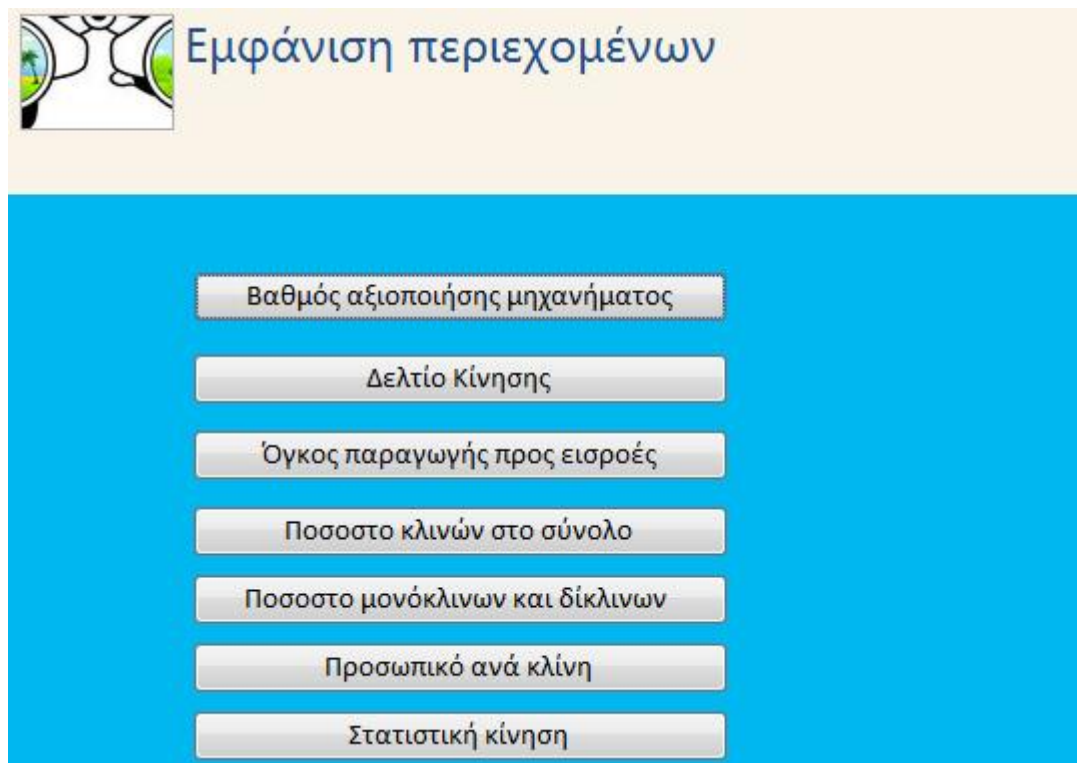
Η βασική πλοήγηση στη βάση δεδομένων που κατασκευάσαμε γίνεται μέσα από ένα απλό και εύκολο στη χρήση του κεντρικού μενού, το οποίο συγκεντρώνει τις τέσσερις βασικές λειτουργίες της βάσης.



Εικόνα 5.5: Κεντρικό μενού – Αρχική εικόνα της βάσης δεδομένων.

Η πρώτη βασική λειτουργία της βάσης είναι η προβολή των πρωτογενών δεδομένων, που έχουν καταχωρηθεί στο σύστημα. Με αυτόν τον τρόπο ο χρήστης έχει μια συνολική εικόνα των δεδομένων, που έχουν εισαχθεί, ενώ παράλληλα του δίνεται η δυνατότητα διαπίστωσης τυχόν εσφαλμένων καταχωρήσεων.

Πιο συγκεκριμένα, πατώντας το κουμπί «Εμφάνιση Δεδομένων» μεταφερόμαστε σε μια άλλη φόρμα η οποία περιέχει νέα κουμπιά, τα οποία αντιστοιχούν στο σύνολο των πινάκων που χρησιμοποιεί η βάση. Επιλέγοντας οποιοδήποτε από τα κουμπιά προβάλλεται στην οθόνη μας η αντίστοιχη, καταλλήλως αισθητικά διαμορφωμένη, φόρμα απεικονίζοντας τα δεδομένα, που έχουν καταχωρηθεί, αλλά και με δυνατότητα απεικόνισης και των μελλοντικών καταχωρήσεων.



Εικόνα 5.6: Κεντρικό μενού εμφάνισης πρωτογενών δεδομένων.

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ :	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΞΕΤΑΣΘΗΚΑΝ ΜΕ ΡΑΝΤΕΒΟΥ:	1755
ΔΕΝ ΕΞΕΤΑΣΘΗΚΑΝ ΣΤΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ:	324
ΕΞΕΤΑΣΘΗΚΑΝ ΧΩΡΙΣ ΡΑΝΤΕΒΟΥ:	209
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ:	1964
Έτος:	2008

Εικόνα 5.7: Φόρμα εμφάνισης δεδομένων για τον πίνακα Στατιστική Κίνηση.

5.8 Κατασκευή δελτίων εισαγωγής δεδομένων.

Η δεύτερη βασική λειτουργία έχει να κάνει με την δυνατότητα εισαγωγής των δεδομένων από τον εκάστοτε χρήστη του προγράμματος, έτσι ώστε να ακολουθήσει η επεξεργασία τους και η εξαγωγή νέων αποτελεσμάτων. Ενώ αρχικά η εισαγωγή των πρωτογενών δεδομένων έγινε μέσω λήψης εξωτερικών δεδομένων από υπολογιστικά φύλλα, που δημιουργήσαμε στο Excel, εδώ γίνεται με απλούστερο και πολύ πιο εύκολο τρόπο, αφού κατασκευάσαμε ειδικές φόρμες εισαγωγής για αυτή τη διαδικασία.

Πατώντας λοιπόν το κουμπί «Εισαγωγή νέου δελτίου» στο κεντρικό μενού εμφάνισης των πρωτογενών δεδομένων, μεταφερόμαστε σε μια φόρμα όμοια με την αυτήν που περιγράψαμε στην πρώτη βασική λειτουργία της βάσης και με τα αντίστοιχα κουμπιά. Η διαφορά εδώ είναι ότι, επιλέγοντας ένα οποιοδήποτε κουμπί, η φόρμα που ανοίγει δεν εμφανίζει τα αποθηκευμένα δεδομένα, αλλά, δίνει στο χρήστη τη δυνατότητα εισαγωγής νέων, μέσα στα κενά πεδία συμπλήρωσης που απεικονίζει.



Προσωπικό ανά κλίνη	
Νοσηλεύτές ΔΕ+ΤΕ+ΠΕ:	<input type="text"/>
Μόνιμοι + Ειδικευόμενοι Ιατροί	<input type="text"/>
Λοιπό προσωπικό:	<input type="text"/>
Σύνολο προσωπικού:	<input type="text"/>
Κάλυψη %:	<input type="text"/>
ΜΔΝ:	<input type="text"/>
Συνολικός Αριθμός Κλινών:	<input type="text"/>
Έτος:	<input type="text"/>

Εικόνα 5.8: Φόρμα εισαγωγής νέου δελτίου για το δείκτη Προσωπικό ανά κλίνη.

5.9 Κατηγοριοποίηση και υπολογισμός δεικτών.

Η τρίτη βασική λειτουργία της βάσης δεδομένων που κατασκευάσαμε, έχει να κάνει με τον υπολογισμό των δεικτών απόδοσης που χρησιμοποιήθηκαν. Σε αυτό το στάδιο οι φόρμες, που δημιουργήθηκαν, είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τα ερωτήματα, πράγμα λογικό, αφού στην ουσία εμφανίζουν τους υπολογισμούς που προκύπτουν από αυτά. Ένας ακόμη σημαντικός ρόλος των συγκεκριμένων φορμών είναι η κατηγοριοποίηση των δεικτών, η οποία καθιστά πιο εύκολη την πλοήγηση, για το χρήστη, και δίνει μια πιο άρτια και ξεκάθαρη εικόνα για την αναζήτηση των αποτελεσμάτων.

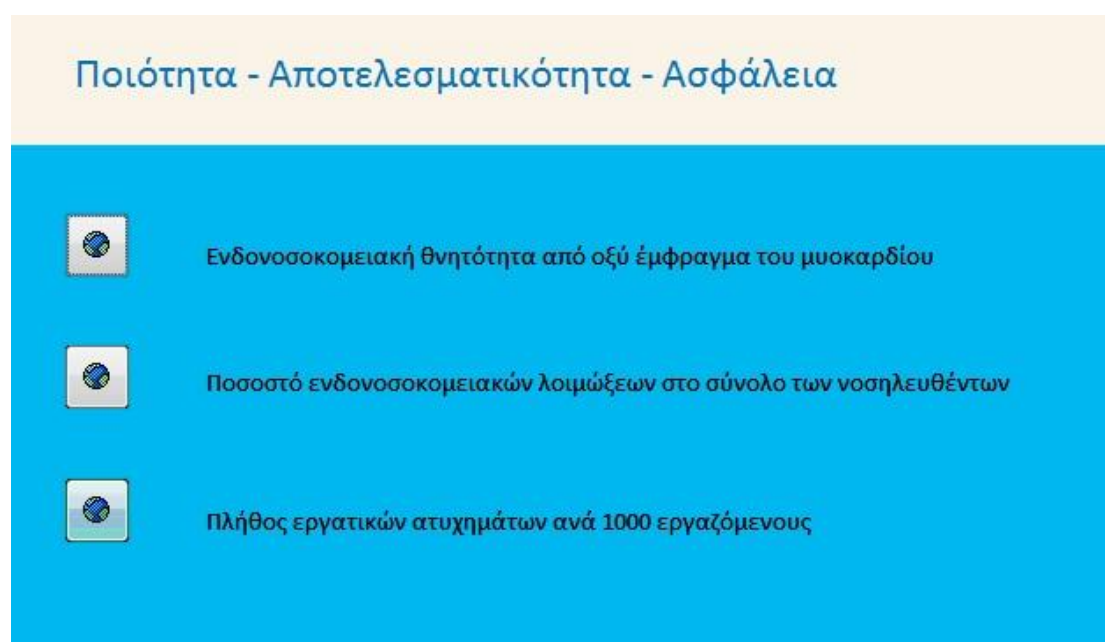
Σύμφωνα με το ερευνητικό μας κομμάτι, οι πέντε βασικές κατηγορίες δεικτών που μας απασχόλησαν στη συγκεκριμένη εργασία είναι οι εξής:

- ✚ Αποδοτικότητα
- ✚ Λειτουργία – Επάρκεια
- ✚ Προσπελασιμότητα
- ✚ Εκσυγχρονισμός της λειτουργίας και των υποδομών
- ✚ Ποιότητα – Ασφάλεια



Εικόνα 5.9: Φόρμα επιλογής κατηγορίας δεικτών απόδοσης.

Όλες οι προαναφερθείσες κατηγορίες έχουν συμπεριληφθεί στη φόρμα «Υπολογισμός δεικτών» και καθεμία από αυτές με τη σειρά της περιλαμβάνει τους αντίστοιχους δείκτες, ο υπολογισμός των οποίων γίνεται πολύ εύκολα, με το πάτημα ενός κουμπιού.



Εικόνα 5.10: Φόρμα κατηγορίας δεικτών Ποιότητα – Ασφάλεια.

Πίνακας 5.1: Ο βαθμός αξιοποίησης μηχανήματος για το ΓΝ Λαμίας		
Είδος Μηχανήματος	Έτος	Βαθμός αξιοποίησης
Μαστογράφος	2008	0,51
Μαστογράφος	2009	0,76

Ο πίνακας 5.1 προκύπτει από τον υπολογισμό του δείκτη «Βαθμός αξιοποίησης» μηχανήματος και αυτή είναι η μορφή που έχει όταν τα αποτελέσματά του εμφανίζονται μέσω της φόρμας με την οποία συνδέεται. Ο λόγος που προβάλλουμε τα

αποτελέσματα και με αυτή τη μορφή είναι για να γίνει ακόμη πιο ξεκάθαρο το νόημα που έχει η δημιουργία αναφορών, όπως θα δούμε αμέσως πιο κάτω, κάνοντας την ανάλογη σύγκριση. Σημειωτέον δε, ότι το αποτέλεσμα του παραπάνω δείκτη για το έτος 2009 είναι εικονικό και όχι πραγματικό, αφού, όπως έχουμε πει και προηγουμένως, έχουν συλλεχθεί και εισαχθεί στοιχεία μόνο για το έτος 2008. Ο λόγος που δώσαμε υποθετικές τιμές για το έτος 2009 είναι για να γίνει εμφανές το πώς η συγκεκριμένη βάση έχει τη δυνατότητα εισαγωγής, υπολογισμού και συγκεντρωτικής παρουσίασης δεδομένων μεταγενέστερων ετών.

5.10 Δημιουργία αναφορών και προβολή αποτελεσμάτων.

Η τέταρτη και τελευταία από τις βασικές λειτουργίες της βάσης είναι η δημιουργία αναφορών (reports). Δημιουργούνται αρκετά εύκολα από τον Οδηγό Εκθέσεων που βρίσκεται στη βασική γραμμή εργαλείων της Microsoft Access. Ωστόσο, για αποτελέσματα μεγαλύτερων απαιτήσεων, θα πρέπει να γίνει η κατάλληλη σχεδιαστική επεξεργασία σε προβολή σχεδίασης της αναφοράς, παρόμοια με αυτή της σχεδίασης φόρμας.

Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΕΥΡΩΠΗΣ = 7,8

Έτος	2008	
ΤΜΗΜΑ		Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ		4,82
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ/ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ		3,34
ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ		12,64
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ		13,20
ΜΟΝΑΔΑ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ		1,10
ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΕΦΑΝ. ΝΟΣΩΝ		3,72
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ		1,01
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ		5,41
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ		4,45
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ		1,23
Ω.Ρ.Λ		4,00
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ		2,62
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ		1,88
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ		5,44
ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ		0,00
ΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ		1,03
ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ		1,06
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ		5,53
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ		4,38

Εικόνα 5.11: Αναφορά αποτελεσμάτων του δείκτη Μέση διάρκεια νοσηλείας.

Το πλεονέκτημα που προσφέρουν είναι η αισθητικά ανώτερη, από οποιαδήποτε άλλη μορφή, προβολή των δεδομένων, δίνοντάς μας τη δυνατότητα εκτύπωσής τους αλλά και καλύτερης κατανόησης.

5.11 Παρουσίαση αποτελεσμάτων.

Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας με τη χρήση δεικτών που εκτιμούν την αποδοτικότητά του.

Για μια ολοκληρωμένη εικόνα αξιολόγησης του συγκεκριμένου νοσοκομείου θα πρέπει να γίνει σύγκριση και με άλλα νοσοκομεία της χώρας μας. Τα αποτελέσματα μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων είναι δύσκολα συγκρίσιμα διότι σε κάθε νοσοκομείο υπεισέρχονται παράγοντες εξωγενείς και ενδογενείς που επηρεάζουν τη λειτουργία του. Η σύγκριση θα γίνει για τους δείκτες που είχαμε τη δυνατότητα εξαγωγής αποτελεσμάτων.

Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

Κατά το έτος 2008, στις περισσότερες κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας η ΜΔΝ κυμαίνεται από 3 – 5 ημέρες με εξαίρεση την ΜΕΘ και τη ΜΑΦ που είναι 12 – 13 ημέρες και την οφθαλμολογική, ογκολογική που έχουν 1 ημέρα ΜΔΝ, τιμές ακραίες που επηρεάζουν το μέσο όρο του νοσοκομείου ο οποίος υπολογίζεται στο 4,27. Την ίδια χρονική περίοδο η ΜΔΝ στο νοσοκομείο των Χανίων είναι 4,8 και της Ιεράπετρας 3,3. Σήμερα, η ΜΔΝ στα νοσοκομεία της χώρας κυμαίνεται από 3,22 – 5,84.

Πίνακας 5.2: Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας στα διάφορα τμήματα του ΓΝ Λαμίας το έτος 2008

ΤΜΗΜΑ	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	4,45
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ/ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	3,34
ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	12,64
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	13,20
ΜΟΝΑΔΑ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	1,10
ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΕΦΑΝ. ΝΟΣΩΝ	3,72
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ	1,01
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	5,41
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	4,38
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	1,23
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	4,82
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	2,62
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1,88
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	5,44
ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	0,00
ΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ	1,03
ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ	1,06
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	5,53
Ω.Ρ.Λ	4,00

Σχετικά με το μέγεθος του νοσοκομείου η ΜΔΝ είναι σε ικανοποιητικά επίπεδα, πιστεύοντας ότι η θετική εικόνα οφείλεται στην καλή οργανωτική διάρθρωση με αποτελεσματικότητα στη νοσηλεία και όχι στις ροές βαρέων περιστατικών προς τα νοσοκομεία της Αθήνας [23].

Ρυθμός Εισροής

Ο ρυθμός εισροής των ασθενών ανά κλίνη ετησίως είναι συμπληρωματικό μέγεθος με το ποσοστό κάλυψης κλινών και τη ΜΔΝ. Σύμφωνα με τους υπολογισμούς μας, το 2008 στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας νοσηλεύτηκαν 79,2 ασθενείς ανά κλίνη γεγονός το οποίο δείχνει πως είναι αρκετά αποδοτικό ως προς την αξιοποίηση της νοσοκομειακής υποδομής συγκρινόμενο με άλλα νοσοκομεία, την ίδια χρονική περίοδο, μεγαλύτερου μάλιστα μεγέθους, όπως το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο με ρυθμό εισροής 65,2 και το νοσοκομείο Χανίων με 65,9 [23].

Πίνακας 5.3: Ο ρυθμός εισροής στα διάφορα τμήματα του ΓΝ Λαμίας το έτος 2008

ΤΜΗΜΑ	Ρυθμός εισροής
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	59,05
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ/ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	47,46
ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	6,23
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	23,81
ΜΟΝΑΔΑ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	10,22
ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΕΦΑΝ. ΝΟΣΩΝ	60,32
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ	179,83
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	52,75
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	57,68
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	34,66
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	62,06
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	78,50
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	21,38
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	48,97
ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	0,00
ΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ	343,88
ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ	268,93
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	14,53
Ω.Ρ.Λ	55,60

Ποσοστό Κάλυψης - Πληρότητα

Το ποσοστό κάλυψης ή η πληρότητα είναι ένας δείκτης που σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό και με την επάρκεια του εξοπλισμού και των νοσοκομειακών δομών να διαχειριστούν περιστατικά που θα προκύψουν. Το ποσοστό κάλυψης του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας υπολογίζεται στο 74%, τιμή σχετικά καλή διότι για το μέγεθος του νοσοκομείου δείχνει ικανότητα κάλυψης και βαρέων περιστατικών. Βεβαίως, υπάρχει μια ανισοκατανομή, δηλαδή έχουμε μεγάλο ποσοστό κάλυψης στην οφθαλμολογική, ΤΗΝ Παθολογικού, ΤΗΝ Χειρουργικού, την ΜΕΘ² και μικρό ποσοστό στην Παιδοχειρουργική, Γυναικολογική και Ογκολογική. Οι μονάδες όμως με χαμηλή κάλυψη μπορούν σε περίπτωση ανάγκης να φιλοξενήσουν ασθενείς των μονάδων υψηλής κάλυψης [24].

² ΤΗΝ : Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας, ΜΕΘ : Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Πίνακας 5.4: Η πληρότητα στα διάφορα τμήματα του ΓΝ Λαμίας για το έτος 2008

ΤΜΗΜΑ	Κλίνες	Κάλυψη Κλινών - Πληρότητα
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	30	0,72
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ/ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	30	0,44
ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	4	0,22
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	8	0,86
ΜΟΝΑΔΑ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	7	0,03
ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΕΦΑΝ. ΝΟΣΩΝ	8	0,62
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ	8	0,50
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	30	0,78
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	13	0,69
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	4	1,12
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	37	0,82
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	20	0,57
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	10	0,11
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	30	0,73
ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	18	0,00
ΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ	6	3,98
ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ	6	1,79
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	30	1,22
Ω.Ρ.Λ	13	0,61

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία που είναι καταχωρημένα στη διαδικτυακή βάση δεδομένων ESY.net, ένα πρόσφατο έργο του ΥΥΚΑ το οποίο φιλοξενείται στην επίσημη ιστοσελίδα του, τα οποία έχουν εγκριθεί από τις διοικήσεις των Νοσοκομείων / Υ.Πε και αφορούν την περίοδο του Μαρτίου 2011, το ποσοστό κάλυψης του Γ.Ν.Λ. ήταν 88,27%, με γενικό άθροισμα της 5^{ης} Υ.Πε Στερεάς Ελλάδας ήταν 68,42%. Την ίδια χρονική περίοδο στη υπόλοιπη χώρα, το γενικό νοσοκομείο Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ» είχε ποσοστό κάλυψης 62,36%, το γενικό νοσοκομείο Δράμας 58,49% και το γενικό νοσοκομείο Λάρισας «Κουτλιμπάνειο» 71,16%, νοσοκομεία παρόμοιας δυναμικότητας κλινών με το Γ.Ν.Λ.

Διάστημα Εναλλαγής

Σημαντικός δείκτης είναι το διάστημα εναλλαγής ή ο μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης ή διαφορετικά το πλήθος των ημερών που η κάθε κλίνη μένει κενή μέχρι την είσοδο του επόμενου ασθενούς.

Στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας το 2008 η τιμή του δείκτη ήταν 0,83 ενώ περίπου την ίδια χρονική περίοδο στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο ήταν 1,8. Ο πολλαπλασιασμός αυτού του δείκτη με το ρυθμό εισροής μας δίνει το μέγεθος αδράνειας των κλινών για ένα έτος, δηλαδή την ετήσια χρονική περίοδο που δεν εισάγονται ασθενείς στο νοσοκομείο. Οπότε, για το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας υπολογίζεται στις 65,74 ημέρες και για το Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης στις 117,36 ημέρες. Τα ποσοστά μας δείχνουν ότι η χρήση των κλινών στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας είναι περισσότερο αποδοτική σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία [23].

Πίνακας 5.5: Το διάστημα εναλλαγής στα διάφορα τμήματα του ΓΝ Λαμίας το έτος 2008

ΤΜΗΜΑ	Διάστημα εναλλαγής
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	1,73
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ/ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	4,35
ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	45,93
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	2,13
ΜΟΝΑΔΑ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	34,61
ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΕΦΑΝ. ΝΟΣΩΝ	2,33
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ	1,02
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	1,51
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	1,95
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	9,30
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	1,06
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	2,03
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	15,20
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	2,01
ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	0,00
ΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ	0,03
ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ	0,30
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	19,58
Ω.Ρ.Λ	2,56

Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη

Το νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη στο Γ.Ν.Λ, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, είναι 0,97. Η τιμή αυτή πλησιάζει αρκετά το στόχο που έχει θέσει το Υ.Υ.Κ.Α κατόπιν συζητήσεων στα πλαίσια του διαλόγου για την αναδιάρθρωση των Μονάδων Υγείας του Ε.Σ.Υ, που είναι το 1,1. [25].

Πίνακας 5.6: Το Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη του ΓΝ Λαμίας το έτος 2008	
Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη	0,97

Ιατρικό προσωπικό ανά κλίνη

Όπως προκύπτει από την έκθεση που δημοσιοποίησε η Γενική Γραμματεία του Υπουργείου Υγείας έπειτα από την ολοκλήρωση της τελευταίας απογραφής, η μέση αναλογία γιατρών ανά κλίνη στην Ελλάδα είναι 0,72, δηλαδή τρεις γιατροί ανά τέσσερις κλίνες όταν στην Ευρώπη αντιστοιχεί ένας γιατρός ανά τέσσερις κλίνες. Από την ίδια έκθεση προκύπτει ότι σε πολλά νοσοκομεία υπάρχει επάρκεια γιατρών, όπως στο Ασκληπιείο (1,7), Τζάνειο (0,92), Λάρισας (1,30) και Πατρών (1,36). Στον αντίποδα βρίσκονται τα νοσοκομεία Έλενα Βενιζέλου και η Παμμακάριστος, όπου η αναλογία γιατρών ανά κλίνη είναι 0,33 και 0,45 αντίστοιχα, όταν το διεθνές αποδεκτό επίπεδο είναι πάνω από 0,5. [26]

Πίνακας 5.7: Το ιατρικό προσωπικό ανά κλίνη του ΓΝ Λαμίας το έτος 2008	
Ιατρικό προσωπικό ανά κλίνη	0,56

Σύμφωνα με τα παραπάνω, στο Γ.Ν.Λ ο δείκτης κρίνεται ανεπαρκής, διότι η αναλογία γιατρών ανά κλίνη υπολογίστηκε στο 0,56 ποσοστό που μόλις αγγίζει τα όρια του αποδεκτού σε διεθνές επίπεδο και πολύ χαμηλότερο του ποσοστού της μέσης αναλογίας ολόκληρης της χώρας μας.

5.12 Συμπεράσματα

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο ξεκινά από τη διοίκηση, καθώς αρμόδιοι για την παροχή αυτών των υπηρεσιών είναι οι διοικητικοί υπεύθυνοι. Η διοίκηση του εκάστοτε νοσοκομείου θα πρέπει να γνωρίζει ή να διερευνά τι ανάγκες των ασθενών όπως επίσης και να καθορίζει συγκεκριμένες ενέργειες και διαδικασίες σύμφωνα με τις οποίες θα παρέχονται στους ασθενείς οι απαραίτητες για αυτούς υπηρεσίες. Ο στόχος της διοίκησης κάθε νοσοκομείου θα πρέπει να είναι η ανάπτυξη μιας νοσοκομειακής μονάδας όπου οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας συνεχώς να βελτιώνονται.

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας θα γίνει προσπάθεια να παρατεθούν ορισμένες προτάσεις με σκοπό τη βελτίωση της λειτουργίας του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας στοχεύοντας πάντα στην παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών. Ειδικότερα για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του νοσοκομείου είναι ανάγκη να εντατικοποιηθούν οι προσπάθειες για ενίσχυση της πληροφοριακής υποδομής του και της μηχανογράφησης των υπηρεσιών του, ώστε να είναι εφικτή η συλλογή και η τήρηση έγκυρων στατιστικών δεδομένων. Για μεγαλύτερη παραγωγικότητα απαραίτητη είναι η ανάπτυξη του νοσηλευτικού προσωπικού και η καθιέρωση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και αξιολόγησης για τη διατήρηση του ανθρώπινου δυναμικού σε υψηλό επίπεδο ώστε να αποφευχθεί η συσσώρευση των συγγενών που παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα.

Όσων αφορά το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου θεωρείται ανεπαρκές, γεγονός που συντελεί στην μειωμένη παραγωγικότητά του. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος είναι αναγκαίες στοχευμένες ενέργειες για στελέχωση με ιατρικό προσωπικό στο εν λόγω νοσοκομείο.

Χωρίς να σημαίνει πως δεν υπάρχουν γρήγορες και αποτελεσματικές υπηρεσίες στο εν λόγω νοσοκομείο, συνήθως περιστατικά με σοβαρότερες ασθένειες μεταφέρονται σε νοσοκομεία των Αθηνών. Ως εκ τούτου, η μέση διάρκεια νοσηλείας δύναται να φτάσει σε ικανοποιητικότερα επίπεδα., χορηγώντας εξιτήριο στον ασθενή τη στιγμή που ωφελήθηκε τα μέγιστα από τη νοσηλεία και να αποφεύγεται η άσκοπη επιμήκυνση της διάρκειας παραμονής του στο νοσοκομείο.

Τέλος, η χαμηλή κάλυψη που παρουσιάζεται σε ορισμένες ειδικότητες (παιδοχειρουργική, γυναικολογική, ογκολογική), δημιουργεί την ανάγκη ανακατανομής των κλινών αυτών προς άλλες ειδικότητες εντατικότερης χρησιμοποίησης (οφθαλμολογική, Τ.Η.Ν παθολογικού, Τ.Η.Ν χειρουργικού, Μ.ΕΘ). Συνεπώς κρίνεται απαραίτητη η σωστή κατανομή κλινών στο σύνολο του νοσοκομείου.

Κλίνοντας αυτή τη μελέτη θα πρέπει να αναφερθεί ότι προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερος έλεγχος της αξιολόγησης της αποδοτικότητας των νοσοκομείων απαιτείται η εισαγωγή αποτελεσματικών μέτρων πολιτικής που στόχο θα έχουν τη συνεχή παρακολούθηση και βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες και θα συμβάλουν σημαντικά στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών γενικότερα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- [1] Διαδικτυακός τόπος Archive.gr. Άρθρο της Αικατερίνης Κωνσταντοπούλου με τίτλο Η πολιτική της υγείας στην Ελλάδα. Η URL της δημοσίευσης είναι: <http://www.archive.gr/news.php?readmore=90>
- [2] Leger Ass., Schnieden H., Walsworth-Beli Jr. Evaluating Health Services Effectiveness. Open University Press. 1992. 1-107.
- [3] Τούντας Γ., Οικονόμου Ν.Α. Αξιολόγηση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2007. 24(1):7-21
- [4] Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. Η Οικονομική Αξιολόγηση στον Υγειονομικό Τομέα, In: Κυριόπουλος Γ., ed. *Οικονομικά και Πολιτική των Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας. 1992. Σελ.121-132
- [5] Σούλης Σ. Οικονομική Αξιολόγηση Προγραμμάτων και Υπηρεσιών Υγείας, In: Δουμουλάκης Γ., ed. *Οικονομική της Υγείας Β' Έκδοση*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση. 1999. Σελ. 316-370
- [6] Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας. Μέτρηση της Αποδοτικότητας του Β' Πε.Σ.Υ.Π Αττικής. Αθήνα. 2005
- [7] Παπαδήμας Ο., Εθνικό Σύστημα Υγείας: Τι δηλώνουν γι' αυτό οι νοσηλευόμενοι σήμερα. ΤΕΙ Αθήνας: Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας – Πρόνοιας, Εργαστήριο Στατιστικής. Αθήνα. 2005
- [8] Διαδικτυακός τόπος <http://epatientgr.wordpress.com>. Άρθρο με τίτλο Health Services In Greece. Μάιος 2010.

[9] Τσιομλεξή Δ. Σύγχρονες Πολιτικές Υγείας (Παρουσίαση Εργασίας)
img.pathfinder.gr/clubs/files/27693/4ppt

[10] Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας Α' Τόμος. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις. 2007

[11] Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Πολύζος Ν., Σισσούρας Α. Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο. 2000

[11] Κοινοφελές Ίδρυμα Αλέξανδρος Σ. Ωνάσης. Διαχείριση της ζήτησης υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ολοκληρωμένα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας. Αθήνα. 2007

[13] Τούντας Γ. Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2003. 20(1):76–87

[14] Διαδικτυακό αρχείο εφημερίδας Ελευθεροτυπία. Άρθρο του Γιάννη Υφαντόπουλου με τίτλο Το μοντέλο του ευρωπαϊκού Νότου.
http://archive.enet.gr/online/online_text/c=110,dt=11.05.2008,id=2465080

[15] Καρακώστα Ν. Και πάλι στην... εντατική. Medical Express. 2010. Τεύχος 191

[16] Διαδικτυακός τόπος health view. Άρθρο με τίτλο Ένα ταξίδι στα συστήματα υγείας στην Ευρώπη.

<http://www.healthview.gr/%CE%B5%CF%80%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CE%B9%CF%81%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1/%CE%B4%CE%B9%CE%B5%CE%B8%CE%BD%CE%AE/%CE%AD%CE%BD%CE%B1-%CF%84%CE%B1%CE%BE%CE%AF%CE%B4%CE%B9-%CF%83%CF%84%CE%B1-%CF%83%CF%85%CF%83%CF%84%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CF%85%CF%81%CF%8E%CF%80%CE%B7>

[17] Διαδικτυακός τόπος HMEPHSIAONLINE. Άρθρο με τίτλο Το Σύστημα Υγείας σε πέντε χώρες της Ε.Ε.

<http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=12337&subid=2&pubid=14745180>

[18] Εταιρεία Νέων Ιατρών και Επιστημόνων Υγείας. Κατευθυντήριες οδηγίες, κλινικός έλεγχος και ηλεκτρονικός φάκελος και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Αθήνα. 2009

[19] European Commission. The Euphoric European Project, An Evaluation of health system to improve the quality of treatment. Luxembourg, Brussels. 2010

[20] Σούλης Σ., Οικονομική της Υγείας, Αθήνα.: Εκδόσεις Παπαζήσης, 1998

[21] Σιγάλας Ι., Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές», Τόμος Δ. Πάτρα: Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. 1999

[22] Νάτσιος Δ., Ιστορία του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας, Λαμία: Έκδοση του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας», 2008

[23] Μωραΐτη Ε., Αξιολόγηση της λειτουργίας και της οικονομικής αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων της περιφέρειας Κρήτης, Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών "Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας", Παν/μιο Κρήτης – Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο, 2009

[24] Διαδικτυακός τόπος Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, δίκτυο ESY.net – Εισαγωγή στοιχείων μονάδων Υγείας, Παρουσιάσεις – Εκθέσεις ανά κλινική Ε.Σ.Υ

<http://www.yyka.gov.gr/articles/esynet/leitoyrgika-stoixeia-nosokomeiwn-esy-ana-klinikh>

[25] Διαδικτυακή πύλη για την Υγεία, Πρόταση αναδιατάξεων μονάδων υγείας Ε.Σ.Υ

www.ygeia.net

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



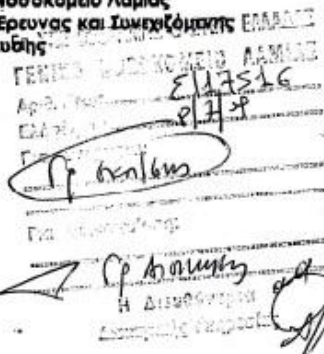
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Κ.ΕΠ.Υ.)

Ταχ. Δ/ση : Λ. Κηφισίας 39
Ταχ. Κώδικας : 15123 Μαρούσι
Πληροφορίες : Τσακούρα Άννα
Τηλ. : 210 6826350
Fax : 210 6823698

Αθήνα, 06/07/2009

Αρ. πρωτ. : Γ.ΕΚΕΠΥ/ 3758

ΠΡΟΣ: Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας
Τμήμα: Έρευνας και Στοιχειώδους
Εκπαίδευσης



Θέμα: «Άδεια Εκπόνησης Εργασίας»

Σχετ: Το υπ' αριθμ. πρωτ. Σ/16914/03-07-09 έγγραφο σας

Κατόπιν του ανωτέρω σχετικού εγκρίνουμε την εκπόνηση πτυχιακής εργασίας του κ. Ανεστίδη Δημητρίου με τίτλο «Χρόνοι αναμονής και κίνηση εργαστηρίων και εξωτερικών ιατρείων», με την επισημάνση να διευκολυνθεί η χορήγηση των ερωτηματολογίων του αιτούντος προς το ενδιαφερόμενο δείγμα της μελέτης τονίζοντας πως η συμμετοχή είναι εθελοντική και σε καμία περίπτωση υποχρεωτική.



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ Ε.Κ.ΕΠ.Υ.

Δρ. Παν. Ευσταθίου

ΕΞΕΛΕΞΗ ΔΙΑ ΤΟ
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Ρυζα Βαβή



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
5 η Υ.ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ - ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
Ταχ. Δ/ση: Παπασιοπούλου Τέρμα
Πληροφορίες: κ. Σταθούλα Μ.
Τηλ: 22313-56344

ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ

Λαμία: 15-7-2009

Αριθ. Πρωτ: Σ/17516

ΠΡΟΣ:
κ. Ανεστίδη Δημήτριο
1^η Πάροδο Καραϊσκάκη
Αριθμ. 3 ΤΚ 35100
ΛΑΜΙΑ

ΘΕΜΑ: «Απάντηση σε αίτημα σας».

ΣΧΕΤ: α) Η από 2/06/2009 αίτηση σας

β) Το αριθμ. Πρωτ. Γ.ΕΚΕΠΥ/3758/ 8-7-2009 έγγραφο του Εθνικού
Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.Ε.Π.Υ.)

Σε απάντηση της (α) σχετικής και μετά από το (β) σχετικό σας γνωρίζουμε ότι
εγκρίνουμε την χορήγηση άδειας για εκπόνηση πτυχιακής εργασίας με Τίτλο
«Χρόνοι αναμονής και κίνηση εργαστηρίων και εξωτερικών ιατρείων»
Τα ανωτέρω προς ενημέρωσή σας και για τις δικές ενέργειες.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
5η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας
Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας
Τμήμα Έρευνας & Συνεχιζόμενης
Εκπαίδευσης

Λαμία 20 / 01 /2011

Αρ. Πρωτ. **Σ/37456**

Ταχ. Δ/νση: Παπασιοπούλου Τέρμα,
35100, Λαμία
Διεύθυνση: Τμ. Έρευνας & Συν. Εκπ/σης
Υπεύθυνος: Παπαχρήστος Χρήστος
Τηλέφωνο: 2231356344
FAX: 2231063219
E-mail: tmekpaid@hosplam.gr

ΠΡΟΣ: **Ανεστίδη Δημήτριο**

Του Λαζάρου
Π. Θεοδώρου 37, Στυλίδα
Τηλ. 694777583

Θέμα: «Απάντηση σε αίτημά σας»

Σχετ: α) Η αρ. πρωτ. Σ/37456/27-12-10 αίτησή σας
β) Το αρ. πρωτ. 1977/19-01-2011 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου του
Γ.Ν.Λαμίας

Σε απάντηση του (α) ανωτέρω σχετικού και σύμφωνα με το (β) έγγραφο σας γνωρίζουμε ότι εγκρίνετε η χορήγηση άδειας για την συλλογή στοιχείων από την λειτουργία του Νοσοκομείου μας που αφορούν α) το σύνολο ανεπτυγμένων κλινών ανά όροφο, τμήμα και κλινική νοσοκομείου και β) τον συνολικό αριθμό μονόκλινων και δίκλινων δωματίων για κάθε τμήμα του νοσοκομείου μας, στα πλαίσια εκπόνησης Διπλωματικής σας Εργασίας.

Μετά το πέρας και την έγκριση της Διπλωματικής σας εργασίας, καλείστε να καταθέσετε στο Τμήμα Έρευνας & Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης την Διπλωματική σας Εργασία, για κάθε χρήση της από την Διοίκηση του Νοσοκομείου μας.

Τα ανωτέρω προς ενημέρωση σας και για τις δικές ενέργειες.

Ο Διοικητής
του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας



ΑΓΓΟΥΡΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

